

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 減失届

☐資格確認書
☐被保険者証
☐高齢受給者証

社員番号					被保険者氏名	
被保険者	記号		番号			
対象者氏名					対象者氏名	
対象者氏名					対象者氏名	
対象者氏名					対象者氏名	
<滅失した状況を詳しく書いてください。>						
誓約事項		上に記載したとおり、 ☐ 資格確認書 ☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 を滅失しましたが、発見したときは、直ちに返納いたします。				
事業主証明	被保険者よりこの滅失届が提出されましたが、上記のとおり相違ないことを証明します。					
	年 月 日					
	適用事業所					
	名称					
この滅失届は次の場合に提出してください。 ① 資格喪失届に添えて返納することができない場合。 ② 更新等のため提出を求められたが、紛失したために提出できない場合。 万一、盗難等に遭われたときは、警察等にお届けください。						健保組合受付印