

|      |     |     |   |
|------|-----|-----|---|
| 決議   | 年   | 月   | 日 |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |   |
|      |     |     |   |

健康保険

☒資格確認書  
☐被保険者証  
☐高齢受給者証

減失届

|                                                                                                                        |                                          |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|--------|---------|
| 社員番号                                                                                                                   | ○○○○○○○                                  |                                                                                                                                                  |    |       | 被保険者氏名 | 健保 太郎   |
| 被保険者                                                                                                                   | 記号                                       | ○○                                                                                                                                               | 番号 | ○○○○○ |        |         |
| 対象者氏名                                                                                                                  | 健保 花子                                    |                                                                                                                                                  |    |       | 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。>                                                                                                   |                                          |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
| ○月○日 引越しをした際に、誤って不用な物と一緒に処分してしまったため。                                                                                   |                                          |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
|                                                                                                                        |                                          |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
|                                                                                                                        |                                          |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
|                                                                                                                        |                                          |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
|                                                                                                                        |                                          |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
|                                                                                                                        |                                          |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
| 誓約事項                                                                                                                   |                                          | 上に記載したとおり、 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                  | 被保険者よりこの減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                                       |                                                                                                                                                  |    |       |        |         |
| この減失届は次の場合に提出してください。<br>① 資格喪失届に添えて返納することができない場合。<br>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。<br>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 |