

常務理事	事務長	課長	担当者

資格確認書・高齢受給者証 滅失届

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	—		被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入	
	氏 名			被保険者の マイナンバー	※ 注4 — —
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	申請年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 — TEL — —			

滅失者に☑チェックを入れ、氏名・続柄記入し、滅失したものの種類に○をつけてください。									
滅 失 し た 者	<input type="checkbox"/>	被保険者	同上	枝 番	0	被 保 険 者 と の 続 柄	被保険者 本人	滅 失 し た も の の 種 類	1. 資格確認書 2. 高齢受給者証
	<input type="checkbox"/>	被扶養者① フリガナ 氏 名							1. 資格確認書 2. 高齢受給者証
	<input type="checkbox"/>	被扶養者② フリガナ 氏 名							1. 資格確認書 2. 高齢受給者証
	<input type="checkbox"/>	被扶養者③ フリガナ 氏 名							1. 資格確認書 2. 高齢受給者証

滅 失 始 末 書 欄	滅失した日	令和 年 月 日	滅失した時間	ごろ
	滅失した場所	〒 —		
	滅失した状況 を詳しく記入 してください			
	滅失により健康保険組合に損害をかけたときは、私が責任をもって賠償します。	自筆署名		

事 業 主 欄	上記のとおり提出がありましたので届出します。 令和 年 月 日
	所在地
	名 称
	役 職 氏 名

- 【注意
事項】
1. この届は、被保険者の資格喪失時または、被扶養者届（減少用）を提出する際に、資格確認書・高齢受給者証を紛失して、返納できないときに提出してください。

2. 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。（修正テープ使用不可）

3. 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に☑を記入してください。

4. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
（被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。）

5. 滅失した日・場所・状況を詳しく記入し、始末書欄に自筆署名してください。