

資格確認書・高齢受給者証 滅失届

常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 險 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	被保険者	同上	枝番	0	被保険者本人	被 保 險 者 と の 続 柄	滅失したものの種類	1.資格確認書 2.高齢受給者証
								被扶養者①
								1.資格確認書 2.高齢受給者証
								1.資格確認書 2.高齢受給者証
								1.資格確認書 2.高齢受給者証
								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】
- 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。
 - 訂正是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）
 - 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。
 - 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。)
 - 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。