

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
記入不可			

被 保 險 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		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	健康 太朗		被保険者の マイナンバー	※ 注4	
	生年月日	5	5.昭和 7.平成 45 年 4 月 1 日	申請年月日	令和 7 年 12 月 20 日	
	住民票住所	〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 ○○○○県○○市○○町1丁目2番3号 ○○マンション405号室				

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 checked="" type="checkbox"/>	被保険者	同上	枝番	0	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 checked="" type="checkbox"/>	被扶養者①	フリガナ ケンコウ ハナコ		1	被保険者との 続柄		妻	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						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						1.資格確認書 2.高齢受給者証
		氏名	健康 花子						

滅 失 始 末 書 欄	滅失した日	令和 7 年 12 月 5 日	滅失した時間	17:00 ごろ
	滅失した場所	〒 111 - 2222 ○○○○県○○市		
	滅失した状況 を詳しく記入 してください	退職を機に引っ越しした際、不要と思い捨てた。		
	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	健康 太朗	

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	
	<p>この届出は、事業主の証明が必要です。</p> <p>(※任意継続被保険者の方は除く)</p> <p>事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。</p>	

- 【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。