

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 険 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 太郎		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 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション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 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 checked="" type="checkbox"/>	被扶養者①	フリガナ ケンコウ ハナコ 氏 名 健康 花子		1		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 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 7 年 12 月 5 日	滅失した時間	17:00 ごろ
	滅失した場所	〒 111 - 2222 〇〇〇〇県〇〇市		
	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 太郎	

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

- 【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）
 - 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。