

常務理事	事務長	担当

被保険者証
資格確認書
高齢受給者証
滅失・毀損 届出書

被保険者等 記号番号	記号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	平成 令和	年	月	日
	番号										
被保険者 氏名	フリガナ		被保険者 住所	〒							
従業員番号		所属事業所 及び部署名		電話 ()							
提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. 毀損 3. その他 (理由を記入:)										
該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者 2. 被扶養者										
該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	②	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	③	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
滅失又は毀損したとき のその状況	※できるだけ具体的にご記入ください										
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	令和	年	月	日			

被保険者証・資格確認書・高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)

上記の届出書に記載した通り、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証を滅失しました。
今後、取り扱いには十分注意します。
なお、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

※マイナ保険証を利用できない等の場合で、資格確認書が必要な方は、資格確認書(再)交付申請書も併せてご提出ください。
※資格確認書を持っていた方で、再発行を希望する場合は資格確認書(再)交付申請書も併せてご提出ください。
※マイナ保険証を保有しており、医療機関等で利用可能な場合は資格確認書は不要ですのでマイナ保険証をご利用ください。

事業主の 証明	上記の届出について相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話

令和 年 月 日提出

受付日付印