

下記のいずれかに☑してください

- 被保険者証
健康保険 資格確認書 減失届
 高齢受給者証

常務理事	事務長		係

この届出書は、以下の場合に提出するものです。

- ①退職や被扶養者を削除した際に、紛失・き損のため返納できない場合。
②紛失または、き損によって「再交付」を希望する場合に提出するものです。 ※再交付申請は、別途書類が必要になります。

被 保 険 者 情 報	被保険者の記号・番号			被保険者の勤務する(していた)事業所の名称		
	記号		番号			
	被保険者の氏名			性別	生年月日	
				男 ・ 女	昭和・平成・令和	年 月 日
	被保険者の住所					
	〒 -					
	電話番号 (日中の連絡先)	()		携帯電話	- -	
	資格喪失・被扶養者の削除、または紛失・き損した年月日			届出の種類(該当の届出を○で囲んでください)		
平成・令和 年 月 日			資格喪失・被扶養者の削除・再交付			

該 当 者 欄	該当の箇所を ☑してください	<input type="checkbox"/> 被保険者 ※本人の場合は、下記の記入は不要です。				<input type="checkbox"/> 減失 き損	<input type="checkbox"/> 再交付 希望
	被扶養者 該当の箇所を ☑してください	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	減失・き損、または再交付	
			昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 減失 き損	<input type="checkbox"/> 再交付 希望
			昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 減失 き損	<input type="checkbox"/> 再交付 希望
		昭 平 令 年 月 日	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 減失 き損	<input type="checkbox"/> 再交付 希望	
減失した時の状況							
令和 年 月 日提出 上記に記載したとおり、上記の届出を減失したことに相違ありません。今後は十分取扱いに注意をします。 「被保険者証」「高齢受給者証」「資格確認書」を発見したときは、ただちに返納いたします。							
		被保険者の氏名					

上記のとおり「被保険者証」「高齢受給者証」「資格確認書」を返納することができません。

令和 年 月 日	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

受付日付印

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--