秘密

# 資格確認書　滅失届

（資格確認書をなくして返却できないとき）

| 審査 | 入力 | 一次 | 二次 | 発送 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 被保険者記号番号 | 記号 | | 番号 | | 被保険者氏名 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者の住所・電話番号 | 住所 | 〒　　－ | | | 電話番号 | ―　　― |

| 滅失した対象者 | 氏名 (氏) | 氏名 (名) | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 資格確認書を滅失した理由（該当する理由に○印をつけてください） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 昭和・平成・令和　年　月　日 | 男・女 | 本人 | 1．滅失　⇒滅失場所（　　）<br>警察への届出（　済　・　未　）<br>2.き損<br>3.その他（　　） |
| | | | 昭和・平成・令和　年　月　日 | 男・女 | | 1．滅失　⇒滅失場所（　　）<br>警察への届出（　済　・　未　）<br>2.き損<br>3.その他（　　） |
| | | | 昭和・平成・令和　年　月　日 | 男・女 | | 1．滅失　⇒滅失場所（　　）<br>警察への届出（　済　・　未　）<br>2.き損<br>3.その他（　　） |
| | | | 昭和・平成・令和　年　月　日 | 男・女 | | 1．滅失　⇒滅失場所（　　）<br>警察への届出（　済　・　未　）<br>2.き損<br>3.その他（　　） |

上記の者について、資格確認書を滅失した為届出します。尚、資格確認書を回収した時は、直ちに返納します。

年　　月　　日 提出

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿

受付日付印

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

| 社会保険労務士記載欄 |
|---|
| |