

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	2312	番号	200	被保険者氏名	健保 花子						
被保険者の住所・電話番号	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区△△区 〇〇-××				電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
滅失した対象者	氏名		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)				
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	本人	1. 滅失 ⇒滅失場所(近所の公園) 警察への届出 (済 ・ 未)			
	健保	花子	〇	1	0	1	1	女	2.き損 3.その他 ()			
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未)			
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未)			
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未)				
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未)				
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未)				

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。

事業所所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町
事業所名称	〇〇 病院
事業主氏名	〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

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

社会保険労務士記載欄