

常務理事	事務長			担当者

健康保険 資格確認書 滅失・毀損届

被保険者等				事業所名称									
記号		番号			被保険者氏名		フリガナ	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
現住所		〒						電話番号					
		(退職されている方は、退職後の住所をご記入ください。)											
資格取得年月日		平成		年	月	日	資格喪失年月日		令和	年	月	日	
申請の理由													
1 滅失 2 毀損 (毀損した資格確認書を添付) 3 盗難 4 その他:													
日時	令和	年	月	日	場所								
状況 (できるだけ詳細に)													
上記のとおり、資格確認書を[滅失・毀損]いたしました。今後は取扱いに十分注意します。 なお、滅失した資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。													
		令和	年	月	日	被保険者署名							
滅失/毀損した資格確認書													
氏名				続柄		氏名				続柄			
資格確認書滅失後の受診													
氏名		診療年月日				受診した医療機関							
		令和				年	月	日					
		令和				年	月	日					
		令和				年	月	日					

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出いたします。 今後は資格確認書を滅失・毀損することのないよう十分指導いたします。 令和 年 月 日
事業主

受付印

※資格確認書を紛失された方はマイナ保険証をご利用ください。
利用するには本人の利用登録が必要です。マイナポータル、病院の窓口にある顔認証付きカードリーダー、セブン銀行ATM等でも初回の利用登録ができます。

マイナ保険証を利用できない事情があり、資格確認書発行ご希望の方は【健康保険資格確認書交付申請書】を事業所経由でご提出ください。

マイナポータル
アクセス用QRコード



(R8.4)