

資格確認書を紛失して返却できない場合にご提出ください。
再交付が必要な場合は、用紙 B-9 号「健康保険被保険者証再交付申請書」をご提出ください

用紙 B-2 号(令和 6.12)

健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長		担
※押印不要（健保使用欄）			

事業所 健保担当者
事業所の 健保担当者が 記入

資格確認書の「記号」「番号」「資格取得年月日」を記入。
不明な場合は未記入で構いません

資格確認書 滅失届

被保険者等	記号	XXX	番号	XXXXXX	資格取得年月日	(平) 令 XX 年 XX 月 XX 日
事業所名 (会社名)	XXXXXXXXXXXXXX			所属	XXXXXXXXXXXXXX	
被保険者氏名	XX XXX			被保険者生年月日	(昭) 平 XX 年 XX 月 XX 日	
届出対象者	氏名	XX YYY				
	氏名	返却できない方の氏名を記載ください。				
	氏名					
	氏名					
資格確認書を滅失したときの状況	失くした時の状況を詳しく記載ください。					
<p>令和 XX 年 XX 月 XX 日提出</p> <p>上記の届書に記載したとおり、資格確認書を滅失し返納することができませんが、これに起因する一切の事故についてはその責任を当方において負います。</p> <p>なお、この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>J V C ケンウッド健康保険組合 殿</p> <p style="margin-left: 100px;">住所 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</p> <p>被保険者 氏名 XX XXX</p> <p style="margin-left: 100px;">TEL XX (XXXX) XXXX</p>						

(受付印)