

経	資格確認書の返納があったときは、その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	被保険者 台帳照合印
	資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日				
過	届書の種類	喪失・再交・更新・検認	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失		

※

①	資格確認書の記号と番号	記号..... 番号	健康保険 資格確認書滅失届			
②	被保険者の漢字氏名		③ 被保険者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	
④	被保険者の住民票住所					
⑤	被保険者の資格取得日	年 月 日	⑥ 健康保険の被扶養者の有無	有 ・ 無		
⑦	被保険者の勤務する(していた)事業所の名称と所在地	㊦ 名称				
		㊧ 所在地				
⑧	資格確認書を滅失した年月日	令和 年 月 日	⑨ 資格確認書を滅失した者の名前			
⑩	資格確認書を滅失した事由(詳しく)					

2. ③の昭和・平成・令和の別および⑥の有無欄は、該当する文字を丸でかこんで下さい。
3. この届書は、健康保険の資格確認書を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返納することができない場合、又は検認の際に資格確認書を返納することのできない場合に提出するものです。

3. 「健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届」には、この届書を提出する日の前六箇月間に受診したすべての傷病について記載して下さい。なお、全く受診しないときは、「該当せず」と記載して下さい。
4. ※印欄は、記入しないで下さい。

健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届													
㊦	受診者氏名	㊧	続柄	㊨	傷病名	㊩	保険診療を始めた年月日	㊪	保険診療をやめた年月日	㊫	治癒 又は 未治癒の別	㊬ 保険診療をした医療機関	
												医療機関名	住 所 (都市区名)
1						年 月 日	年 月 日						
2													
3													
4													
<p>上記、届出の内容に相違はありません。 記載のとおり資格確認書を滅失しましたが、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 style="text-align: center;">被保険者氏名</p>													

事業主の証明	上記、届出内容が相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	住 所
	事業所名
	事業主名
	電話 局 () 番

※ 受付印
受付日付印