常務理事	事務長	担当者

健康保険　資格確認書　滅失･き損届

（注意事項）
○○④の□の該当する項目欄（滅失・き損）に印をつけてください。
○き損の場合はき損した資格確認書を添付してください。

① 記号･番号･氏名	記号		番号	被保険者氏名	
② 生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日				
③ 被保険者の所属事業所	事業所名称（会社名）				
滅失･き損した者 ④ □ 滅失 □ き損 ※上記いずれかに✓	□ 被保険者(本人)				
	□ 被扶養者(家族)　※下記に対象の被扶養者について記載して下さい。				
対象被扶養者	氏名	生年月日			続柄
		昭和 平成　　年　　月　　日 令和			
		昭和 平成　　年　　月　　日 令和			
		昭和 平成　　年　　月　　日 令和			
		昭和 平成　　年　　月　　日 令和			
⑤ **（要記入）** 資格確認書を滅失した時の状況をご記入下さい。					

上記のとおり届出いたします。
なお、滅失による資格確認書を発見したときは、直ちに返納いたします。

現住所
被保険者 氏　名
連絡先

上記のとおり被保険者から届出がありましたので提出いたします。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地
事 業 所 名 称
事 業 主 氏 名
電 話 番 号

受付日付印

エイベックス･グループ健康保険組合