

経過	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	課長	担当者	担当者
	資格確認書の資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日					

記号	資格確認書滅失届						
番号							
被保険者の氏名			印	生年月日	昭・平 令	年 月 日生	
滅失した資格確認書の氏名			性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生
被保険者の資格を取得した日	昭・平 令		年 月 日	健康保険の被扶養者の有無		有・無	
被保険者の勤務する(していた)事業所の	名称						
	所在地						
資格確認書を滅失した年月日	令和 年 月 日		資格確認書を滅失した場所				
資格確認書を滅失した事由(詳しく)							

(資格確認書発見の際の返納誓約)

うえの届書に記載した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。

被保険者氏名

印

健康保険の被保険者・被扶養者資格を取得した後の受診状況届

番号	受診者氏名	被保険者と受診者との続柄	傷病名	保険診療		治癒又は未治癒の別	保険診療を担当した保険医	
				を始めた年月日	をやめた年月日		氏名	住所(郡市区名)
1				年 月 日	年 月 日			
2								
3								
4								
5								

うえのとおり相違ありません。

被保険者氏名

印

事業主の証明	被保険者・被扶養者が健康保険の資格確認書を滅失したこと、および被保険者との資格を取得した後の受診状況が、届け出のとおり相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日 住所 氏名 電話 () 番

受付日付印