

|    |                            |          |      |     |    |     |     |
|----|----------------------------|----------|------|-----|----|-----|-----|
| 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 |      |     |    |     |     |

## 資格確認書滅失届

|                        |                             |              |
|------------------------|-----------------------------|--------------|
| 記号                     | 〇〇〇〇                        |              |
| 番号                     | 〇〇〇〇-〇〇                     |              |
| 被保険者の氏名                | 健康 太郎                       | 印            |
| 滅失した資格確認書の氏名           | 健康 花子                       | 性 男<br>別 女   |
| 被保険者の資格を取得した日          | 昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日               | 健康保険の被扶養者の有無 |
| 被保険者の勤務する(していた)事業所の名称  | 〇〇〇〇〇株式会社                   |              |
| 被保険者の勤務する(していた)事業所の所在地 | 東京都〇〇区〇〇町〇-〇                |              |
| 資格確認書を滅失した年月日          | 令和〇〇年〇〇月〇〇日                 | 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)      | 財布の中に資格確認書を携帯していたが、財布を落とした為 |              |

(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 〇〇〇〇 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 |          |
|----|-------|--------------|-------|----------------|---------|-----------|--------------|----------|
|    |       |              |       | 始めた年月日         | をやめた年月日 |           | 氏名           | 住所(郡市区名) |
| 1  | 澁澤 花子 | 妻            | 〇〇〇〇〇 | 年 月 日<br>〇 〇 〇 | 年 月 日   |           | 〇〇〇〇〇        | 〇〇市      |
| 2  |       |              |       |                |         |           |              |          |
| 3  |       |              |       |                |         |           |              |          |
| 4  |       |              |       |                |         |           |              |          |
| 5  |       |              |       |                |         |           |              |          |

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名 健康 花子 印

|        |  |
|--------|--|
| 事業主の証明 | 被保険者・被扶養者 健康花子 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。 |
|        | 令和〇〇年〇〇月〇〇日  |
|        | 住所 〒〇〇〇-〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇<br>氏名 〇〇〇〇〇株式会社 総務部長 〇〇〇〇 印<br>電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番     |

受付日付印

澁澤健康保険組合