適用 30

伺・交付年月日：					
常務理事	事　務　長	事務長代行	業務課長	係　　長	担　当　者

健康保険　被保険者証・資格確認書滅失届（資格喪失・扶養削除・更新）

【注意事項】

✧ 標題の「資格喪失」「扶養削除」「更新」のうち該当する項目を〇で囲んでください。（「資格喪失」「扶養削除」…会社を退職する際、被扶養者を削除する際に被保険者証・資格確認書を返還できない場合。「更新」…被保険者証・資格確認書の更新の際に返還できない場合。）

✧ ⑦欄はなるべく詳しくご記入ください。

✧ 「健康保険資格喪失届」にこの「被保険者証・資格確認書滅失届」を添付して届出する際は、他に適用２９の「資格喪失後に係る医療費返還に関する誓約書」の提出が必要となります。

① 被保険者の 記号・番号		②被保険者の 氏　　名	
③ 被保険者の 現住所	〒 電話　　（　　）		
④ 被保険者の性・ 生年月日	男・女	昭・平・令	年　　月　　日生まれ
⑤ 被保険者が勤務する（していた）事業所	所在地 名　称		
⑥ 滅失された方の氏名をご記入ください。 （　）内は続柄	被保険者 （　本人　）	被扶養者（家族） （　　）	
	被扶養者（家族） （　　）	被扶養者（家族） （　　）	
	被扶養者（家族） （　　）	被扶養者（家族） （　　）	
⑦ 被保険者証・資格確認書を滅失したときの状況をご記入ください。			

◎この度、被保険者証・資格確認書を滅失いたしましたが、今後は充分取扱いに注意いたします。なお、この被保険者証・資格確認書を発見したときは直ちに返還いたします。

令和　　年　　月　　日提出

備考			※ 受付日付印

伊藤忠連合健康保険組合