常務理事	事務長	課長	担当

健康保険資格確認書　滅失・毀損届

（兼資格確認書交付届）

被保険者等 記号・番号			被保険者 氏　名 生年月日	㊞ 昭・平　年　月　日			所属長
被保険者 住　所	〒　電話						係
資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和　年　月　日		資格確認書 滅失年月日	令和　年　月　日			
事業所の 名　称							

		氏名	生年月日	続柄	内容	※資格確認書 発行要否
対象となる者	被保険者		上記のとおり	本人	滅 失 毀 損	☐ 発行が必要
	被扶養者		昭和 平成 令和　年　月　日		滅 失 毀 損	☐ 発行が必要
			昭和 平成 令和　年　月　日		滅 失 毀 損	☐ 発行が必要
			昭和 平成 令和　年　月　日		滅 失 毀 損	☐ 発行が必要

滅失・毀損の状況（詳細に）

※資格確認書が必要な場合は「資格確認書発行要否」欄の「☐発行が必要」に
チェック☑を入れて下さい。マイナ保険証をお持ちの方は、この欄のチェックは不要です。

滅失の場合 警察への届出	届出日：令和　年　月　日　警察署名：　　受理番号：
返納の誓約	上記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。　氏名　　㊞

令和　年　月　日 提出

事業所の証明	被保険者から健康保険資格確認書の滅失・毀損申請があり、上記のとおり相違がないことを証明いたします。 なお、今後はマイナ保険証・資格確認書を滅失又は毀損することのないように指導いたします。 令和　年　月　日 京成電鉄健康保険組合　殿 事業所　所在地 名　称 代表者　㊞

受付日