申請書は、必ずダウンロードしてからご使用ください。ブラウザ上で直接入力すると、文字化けする場合があります。

常務理事	事務長		担当者

健康保険資格確認書　滅失届

記号−番号	被保険者氏名	生年月日
−		年　月　日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和
滅失した被保険者証の 氏　名		□ 1.本人 2.家族(続柄　　)
届出の種類	□ 1.喪失　2.検認　3.更新　4.他(　　)	
滅失の事由	□ 1.盗難　2.遺失　3.消失　4.紛失	
※資格確認書を滅失した状況を詳しくご記入下さい。(いつ・誰が・どこでどういう状況で等)		
最近受診した 医療機関名	所在地	
	名　称	
届出状況 (警察等)	□ 1.届出済　2.未届	未届の 理由:
	届出先/届出日	警察／　　年　月　日　届出
	盗難届の受理No.	

誓約書

上記に記載したとおり私は健康保険資格確認書を滅失致しました。

再交付を受けた場合、今後取り扱いには十分留意致します。

また、滅失した旧証によって生じる一切の責任を負うとともに、

旧証を発見したときは、ただちに返納しますことを誓約致します。

年　月　日

イトーキ健康保険組合理事長殿

被保険者住所

被保険者氏名

上記の申請について事実に相違ないことを証明します。

イトーキ健康保険組合　御中　　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

記入例

常務理事	事務長		担当者

健康保険資格確認書　滅失届

記号−番号	被保険者氏名	生年月日
11　−　1234	健保　太郎	2（1 昭和 2 平成 3 令和）　10 年　11 月　22 日
滅失した被保険者証の 氏　名	健保　太郎	1（1.本人 2.家族（続柄　　））
届出の種類	1　1.喪失　2.検認　3.更新　4.他（　　）	
滅失の事由	4　1.盗難　2.遺失　3.消失　4.紛失	

※資格確認書を滅失した状況を詳しくご記入下さい。（いつ・誰が・どこでどういう状況で等）

令和●年●月●日桜病院で受診後、電車で財布ごと紛失した。

最近受診した 医療機関名	所在地	●●市●●●１－１－１
	名　称	桜病院
届出状況 （警察等）	1　1.届出済　2.未届　未届の理由：	
	届出先/届出日	●●　警察／　**　年　**　月　**　日　届出
	盗難届の受理No.	123456

誓約書

上記に記載したとおり私は健康保険資格確認書を滅失致しました。

再交付を受けた場合、今後取り扱いには十分留意致します。

また、滅失した旧証によって生じる一切の責任を負うとともに、

旧証を発見したときは、ただちに返納しますことを誓約致します。

**　年　**　月　**　日

イトーキ健康保険組合理事長殿

被保険者住所　●●市●●●2−2−2

被保険者氏名　健保　太郎

上記の申請について事実に相違ないことを証明します。

イトーキ健康保険組合　御中　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主名