

常務理事	事務長	事務長代理	係	係

健康保険 資格確認書 滅失届

健康保険の 記号・番号	記号		番号					
被保険者氏名	氏名		生年 月日	昭和 平成				
被保険者が勤務する事業所の 名称・所在地	名称							
	所在地							
資格 確認 書を 滅失 した 者の 氏名 等	氏名		生年月日			性別	続柄	
	被保険者	(氏) (名)				男 1 女 2	本人	
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 1 女 2		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 1 女 2		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 1 女 2		
資格 確認 書を 滅失 した とき の 状 況	事由が発生した年月日		事由が発生した場所					
	令和 年 月 日							
	警察署名称		電話番号			遺失物届出書受理番号		
		()						

令和 年 月 日 提出

上の届書に記載したとおり資格確認書を滅失いたしました
今後は充分取扱いに注意いたします。
なお、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。

被保険者の 住所

受付日付印

氏名

【注意】 資格確認書は病院等で診療を受ける際に、健康保険の適用になることを証明する大切なものです。
紛失・盗難などの場合、第三者に悪用されることも考えられますので、必ず警察へ遺失物届出をしてください。
警察の遺失物届出受理番号を必ずご記入ください。未記入の場合は再提出になりますので、ご注意ください。

オートバックス健康保険組合