

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 資格確認書滅失届

年 月 日提出

記号		番号		男・女	資格取得年月日	S・H・R	年	月	日
被保険者	㊦			住所					
今回滅失した者の氏名									
<p>資格確認書発見の際の返納誓約</p> <p>資格確認書を滅失しましたのでご報告いたします。</p> <p>後日その証が発見された場合は、速やかに健康保険組合へ旧資格確認書を返納いたします。</p>									

**【滅失した事由】**

場 所 (具体的に)						
時 間	年	月	日	時	分	頃
警察署への届出	無・有 ( 警察署・届出受理NO )					
状 況						

※ 本届は、事業主経由、ニフコ健康保険組合に提出して下さい。

健保組合受付印

事業主の証明	上記のとおり、健康保険資格確認書を滅失したことに相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名  電話
--------	---