組合 使用 欄	喪失(削除)年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	返納年月日	令和 年 月 日				
	届出の種類	☐ 喪失・ ☐ 削除	滅失の内容	☐ 紛失・ ☐ 廃棄・ ☐ 盗難・ ☐ その他		

健康保険 被保険者証 滅失届
資格確認書

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	.	事業所名称	
	被保険者氏名	フリガナ	被保険者の 生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成
	被保険者の 現住所	〒 電話 ()		
	資格取得年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和		

滅失した被保険者証・資格確認書〔該当者〕について					
氏名	フリガナ	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	続柄	
滅失したときの 状況（詳しく）					

本 欄 は 被 保 険 者 が 自 署	<p>うえに記載のとおり ☐被保険者証 ☐資格確認書 を滅失しました。 滅失した被保険者証または資格確認書により万一事故が発生した場合、貴組合には一切ご負担 をお掛けしません。 なお、この被保険者証または資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>野村健康保険組合 御中</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 _____</p>
--	--

上記のとおり被保険者より被保険者証・資格確認書滅失の申出があったことについて、届出のとおり相違ないことを証明します。	
事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	

受付日付印