健康保険 （資格確認書・被保険者証）（本人・家族）（紛失・き損）届

常務理事	事務局長	事務局次長	部　長	次　長	課　長	課長補佐	係　長	係

令和　　年　　月　　日

被保険者等記号・番号	記 号		被保険者氏名		
	番 号		生 年 月 日	昭・平	年　　月　　日

対象となる者	氏　　名	生　年　月　日	続 柄
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	

届出の事由 （できるだけ詳しく日時、場所等を記入してください。）	

上記のとおり、証を（紛失・き損）したのでお届けします。

なお、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。

上記のとおり、被保険者から健康保険（資格確認書・被保険者証）の（紛失・き損）の届出がありましたので提出いたします。

事業所所在地

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名

電 話 番 号

社会保険労務士記載欄	

受　付　印

※ マイナ保険証（マイナンバーカードを保険証として利用登録したもの）の保有者が、マイナ保険証も同時に紛失（き損）し、資格確認書の交付が必要な場合は、「健康保険資格確認書（再）交付申請書」も併せて提出してください。

出 版 健 康 保 険 組 合

令和7年1月15日改定