

常務理事			担当者

# 健康保険 各種証 (本人/家族) 紛失届

- 資格確認書
- 高齢受給者証
- その他 ( )

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ]	事業所の名称	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	氏名	(フリガナ) _____			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 - ) 都 道 府 県				年 月 日 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

チェック欄	氏名	生年月日	紛失した証	紛失した理由
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	/	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
紛失した方 氏名を記入	被扶養者(家族)の	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

上記のとおり紛失したため届出します。  
 なお、上記の各種証を発見した際は、直ちに返納します。  
 令和 年 月 日  
 被保険者名 \_\_\_\_\_

事業主欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	

(R6.12)  
 受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--