

健康保険 資格確認書 資格喪失時滅失届

※この届出用紙で再交付はされません。

| | | | | |
|------|-----|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 適用M | 担当 | 担当 |
| | | | | |

210 この届書は、次の場合に**被保険者が提出**するものです。
 健康保険の資格を喪失する際、資格確認書を滅失したため返納することができない場合、
 被扶養者を削除するために「健康保険被扶養者（異動）届」を提出する際、対象者の資格確認書を滅失した
 ため返納することができない場合

| | | | | | | | | |
|-------|-----|----|--------|------------|--------------|---|---|----|
| 被保険者欄 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 提出 |
| | 222 | | | 性別 | 生年月日 | | | |
| | | | | 1 男 2 女 | 5 昭和 7 平成 | 年 | 月 | 日 |

| 滅失対象者欄 | 対象者氏名 | 性別 | 続柄 | 資格喪失年月日※健保使用欄 | | | 再交付回数※健保使用欄 | | | | |
|--------|-------|---|----|---------------|---|---|-------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | | | | 7 平成 9 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 1回 | <input type="checkbox"/> 2回 | <input type="checkbox"/> 3回以上 |
| 1 | | 1 男 2 女 | | 7 平成 9 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 1回 | <input type="checkbox"/> 2回 | <input type="checkbox"/> 3回以上 |
| 2 | | 1 男 2 女 | | 7 平成 9 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 1回 | <input type="checkbox"/> 2回 | <input type="checkbox"/> 3回以上 |
| 3 | | 1 男 2 女 | | 7 平成 9 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 1回 | <input type="checkbox"/> 2回 | <input type="checkbox"/> 3回以上 |
| 4 | | 1 男 2 女 | | 7 平成 9 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 0回 | <input type="checkbox"/> 1回 | <input type="checkbox"/> 2回 | <input type="checkbox"/> 3回以上 |
| 届出事由 | | (滅失した時間・場所・状況を詳しく記入してください・自宅以外での滅失は右記受理番号が必須です) | | | | | | 届出警察署 | | 受理番号 | |
| | | | | | | | | 警察署 | | NO. | |

※ 紛失した資格確認書を発見したときは、直ちにヤマトグループ健康保険組合に返納してください。

受付日付印