

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