

健康保険資格確認書
減失（き損）届

常務理事	事務長	課 長	課長補佐	係 長	係

*資格喪失・扶養削除・氏名変更の手続き時に使用

被保険者等 の記号番号	記号	番号	被保険者 の氏名	

被保険者の 住 所 電話番号	〒 電話 - -
----------------------	---

減失・き損した方の氏名等				
氏 名		続 柄	生 年 月 日	備 考
			5. 昭和 7. 平成 年 月 日 9. 令和	
			5. 昭和 7. 平成 年 月 日 9. 令和	
			5. 昭和 7. 平成 年 月 日 9. 令和	
			5. 昭和 7. 平成 年 月 日 9. 令和	
			5. 昭和 7. 平成 年 月 日 9. 令和	
			5. 昭和 7. 平成 年 月 日 10. 令和	

上記のとおり被保険者から申出がありましたので届出します。	
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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄