コクヨ健康保険組合御中

健康保険被保険者証・資格確認書 滅失届

（↑該当する方に〇をしてください）

※各事業会社人事・総務部に提出下さい。

被保険者氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日
被保険者の住所					
被保険者等記号と番号	記号：　　番号：				
事業所（本籍会社）	名称				
	所在地				
滅失した方の氏名					

年　月　日 提出

念　書
上記の届出書に記載した通り、健康保険被保険者証・資格確認書を滅失したことに相違ありません。この滅失により、万一事件・事故が起こった場合はすべて自己責任として対応します。なお、滅失した被保険者証・資格確認書を発見した場合は、ただちに返却します。 年　月　日　被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
事業主の証明
上記申請内容について事実に相違ないことを証明します。 なお、今後は滅失することのないよう周知徹底をはかります。 年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

【個人情報について】

本届書に記入された個人情報は、本届に係る業務処理の目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

2024.12