

健康保険被保険者証・資格確認書 滅失届

(↑該当する方に○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	コクヨ 太郎	性別	男 ・ 女	生年月日	**年 **月 **日
被保険者の住所	大阪府中央区鶴野町〇-〇-〇				
被保険者等記号と番号	記号：**		番号：*****		
事業所(本籍会社)	名称	コクヨ株式会社			
	所在地	大阪府東成区大今里南 6-1-1			
保険証を滅失した方の氏名	コクヨ 一郎				

**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 <u>コクヨ 太郎</u>
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	事業会社が記入しますのでご本人の記入は不要です。

【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。