

事業所記号

健康保険 被保険者証 資格確認書 滅失・毀損届

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

※資格確認書の交付が必要な場合は、別途「健康保険 資格確認書(再)交付申請書」をご提出ください。

正

太線枠のみ記入してください。毀損した場合は、毀損した被保険者証等を添付してください。提出期限・・・速やかに

被保険者情報	被保険者等番号					被保険者氏名		印	生年月日	昭和		年		月		日	性別	男・女
	住民票住所	〒		-					TEL									()

滅失・毀損に関する情報	滅失・毀損対象者	氏名		生年月日			続柄	届出することとなった事由										
				昭和		年			月		日	1. 喪失(令和 年 月 日)						
				平成								2. 滅失(マイナ保険証保有状況 有・無)						
				令和								3. 毀損(マイナ保険証保有状況 有・無)						
				昭和		年		月		日	1. 喪失(令和 年 月 日)							
				平成							2. 滅失(マイナ保険証保有状況 有・無)							
				令和							3. 毀損(マイナ保険証保有状況 有・無)							
				昭和		年		月		日	1. 喪失(令和 年 月 日)							
				平成							2. 滅失(マイナ保険証保有状況 有・無)							
				令和							3. 毀損(マイナ保険証保有状況 有・無)							
滅失状況	被保険者証等を滅失した年月日	令和		年		月		日	被保険者証等を滅失した場所									
	被保険者証等を滅失した理由																	

※毀損の場合は状況記入は必要ありません。

上記のとおり被保険者証または資格確認書を滅失しましたが、この被保険者証または資格確認書を発見したときは直ちに返納いたします。なお、この滅失被保険者証または資格確認書によって、故意に不正使用する等により保険給付に事故が発生したときは一切の責任を負います。

注)被保険者証または資格確認書を滅失・毀損したが、今後マイナ保険証を利用する場合は本届のみ提出してください。

令和 年 月 日提出

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

--

受付日付印

事業所記号

健康保険 被保険者証 資格確認書 滅失・毀損確認通知書

※資格確認書の交付が必要な場合は、別途「健康保険 資格確認書(再)交付申請書」をご提出ください。

副

太線枠のみ記入してください。毀損した場合は、毀損した被保険者証等を添付してください。提出期限・・・速やかに

被保険者情報	被保険者等番号					被保険者氏名											昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
	住民票住所	〒		-													TEL				(

滅失・毀損に関する情報	滅失・毀損対象者	氏名		生年月日			続柄	届出することとなった事由							
				昭和		年			月		日	1. 喪失(令和 年 月 日) 2. 滅失(マイナ保険証保有状況 有・無) 3. 毀損(マイナ保険証保有状況 有・無)			
				平成								1. 喪失(令和 年 月 日) 2. 滅失(マイナ保険証保有状況 有・無) 3. 毀損(マイナ保険証保有状況 有・無)			
				令和								1. 喪失(令和 年 月 日) 2. 滅失(マイナ保険証保有状況 有・無) 3. 毀損(マイナ保険証保有状況 有・無)			
滅失状況	被保険者証等を滅失した年月日	令和		年		月		日	被保険者証等を滅失した場所						
	被保険者証等を滅失した理由														

※毀損の場合は状況記入は必要ありません。

上記のとおり被保険者証または資格確認書を滅失しましたが、この被保険者証または資格確認書を発見したときは直ちに返納いたします。なお、この滅失被保険者証または資格確認書によって、故意に不正使用する等により保険給付に事故が発生したときは一切の責任を負います。

注)被保険者証または資格確認書を滅失・毀損したが、今後マイナ保険証を利用する場合は本届のみ提出してください。

令和 年 月 日に提出された健康保険被保険者証/資格確認書滅失・毀損届に基づき手続きが終了したことを通知いたします。

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長

確認日付印