

提出先:会社人事担当
任意継続者は健保組合

理事長	常務理事	事務局長	担当

被保険者(ご本人)・扶養者(ご家族)・扶助者(ご本人)・扶助者(ご家族)のうちの1人を記入

資格確認書記載の
2桁の番号を記入

資格確認書記載の
4桁の番号を記入

記号 10 番号 1234

17226

健保 太郎

住所

被保険者(ご本人)について記入

香川県高松市新田町甲34

滅失の理由、必要事項を記入してください。

滅失(紛失)した状況を記入してください。

外出先のコンビニで財布に入っていた資格確認書を紛失した

紛失した状況・場所など具体的に記入してください

警察への届け出状況

届け出先(高松北 警察署 派出所 駐在所) 自宅以外で資格確認書を紛失した場合

届け日 (令和 7 年 12 月 1 日)

3、その他 (具体的な理由を記入してください。)

届け出た警察・日時を記入してください

申請の対象者

1、本人

2、家族(氏名) 健保 花子

4、家族(氏名)

資格確認書を紛失し、返却できない方の氏名を記入してください。
ご本人の場合は氏名不要

3、家族(氏名)

5、家族(氏名)

滅失した場合に署名・捺印をお願いします。

念書

上記に記載にとおり、資格確認書を滅失、返却できない事に相違ありません。

この資格確認書について万一、事件・事故が起こった場合はすべて自己責任とします。

なお、滅失した資格確認書を発見した場合は速やかに返却します

一読し、自署でご本人の氏名・日付をご記入ください

令和 7 年 12 月 2 日 被保険者氏名 健保 太郎

事業主証明

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業主所在地

事業所名所

事業主が証明してください
任意継続者はご自身の住所
氏名を記入

事業主氏名

備考