2024 年 12 月 2 日

りそな健康保険組合　理事長　殿

該当する方にチェック

☑ 健康保険　資格確認書　紛失・滅失　届

資格確認書 を紛失・滅失したのでお届けします。後日発見した場合は直ちに返納します。なお、本件によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけないことを約束します。

☐ 健康保険　資格確認書　き損　届

資格確認書 をき損したので **き損した　資格確認書 を添えて**お届けします。

被保険者の記号・番号	1234 123456	被保険者氏名（自署）	埼玉　太郎　自署
性別	男 ・ 女	生年月日	2000 年 12 月 31 日 生
被保険者の現住所	〒 999 － 9999 埼玉		
紛失・滅失き損したもの 1，2いずれか、または両方を〇で囲んでください。	1 被保険者（本人）分 2 被扶養者（家族）分　氏名：埼玉　花子　続柄：妻		資格確認書が必要な場合は「資格確認書交付申請」をご提出ください。 ※マイナ保険証が利用できる方には原則交付できません。
紛失・滅失理由等 ※1 （き損の場合は記入不要）	①2024. 10. 10 〇〇病院受診し、提示。返却を受けた。 ②2024. 10. 30　病院に行こうと探したところ見当たらず。 ③自宅を繰り返し探したが発見できず。他の書類に紛れ処分したと思われるため警察へは届けず。		
備考 ※2			
事業所　所在地 名　称 事業主　氏　名	上記の通り、紛失・滅失・き損があり 埼玉県さいたま市浦和区常盤7-4 株式会社埼玉りそな銀行　さいたま営業部 さいたま営業部長　〇△　□◇		左欄は事業主が記入してください。 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。 ※3
総務担当者氏名・連絡先	〇〇　〇〇　電話　048-999-9999		

1、2いずれか、または両方を〇で囲んでください
2を〇で囲んだ場合は、紛失・滅失・き損した扶養者の氏名等を記入してください

所属事業所、部署、所属長を記入してください（ゴム印可）

直通の電話番号を記入してください

〇 この届出は事業主を経由してご提出ください。（任意継続被保険者
〇 事業主記入欄を訂正する場合、二重線で抹消し、正しい内容と事業

※1 紛失・滅失理由は下記の事項を含めて詳しく記入すること
(1) 最終確認日（被保険者証等を最後に確認した日）
② 紛失・滅失と気づいた日
③ 発見に努めた経過等（盗難の場合、警察への届出の有無）

※3 任意継続被保険者は、事業主の確認が取れないため、以下の本人確認書類を添付してください。
・運転免許証またはパスポートの写し
・住民票等の公的証明書

※2 被保険者の記号番号が不明等の理由により個人番号で申請する場合、備考欄へ記載のうえ、個人番号確認資料および本人確認資料を添付してください。
・ 本人確認資料　：マイナンバーカード（表）の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し等
・ 個人番号確認資料　：マイナンバーカード（裏）の写し、個人番号が記載された住民票等

【健保使用欄】

年	月	日
常務理事	検印	担当者