

課 長	課長補佐	処 理 者

資格確認書 滅失届

被保険者の 記号と番号		記号										
		番号		届書の種類	喪失・被扶養者(異動)・再交付・更新・検認							
被保険者の氏名				性別	男・女	生年 月日	昭・平	年	月	日生		
資格取得年月日		年			月	日	資格喪失年月日		年		月	日
被扶養者分を滅失したときはその被扶養者の氏名												
被保険者の勤務 する(していた) 事業所の		所在地	〒									
		名称										
		電話	()									
資格確認書を滅失したときの状況												
令和 年 月 日 提出 うえの届書に記載したとおり、資格確認書を滅失いたしました。今後は取扱い十分注意します。 なお、当該資格確認書を発見したときは、直ちに返納いたします。 被保険者の住所 〒 氏 名 電話 ()								受付日付印				
最近2ヶ月間の保険診療の状況												
受診者氏名		初診年月日			医療機関の名称・電話番号							
社会保険労務士 記載欄												