

資格確認書 滅失届

被保険者情報	記号	番号	生年月日	
	記号・番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名	フリガナ	電話番号		
住所	〒			
資格確認書を返却する理由	<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 被扶養者異動 <input type="checkbox"/> 検認			

滅失した方	氏名	生年月日	続柄	滅失日
	被保険者本人			令和 年 月 日
	滅失したときの状況			
	氏名	生年月日	続柄	滅失日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	令和 年 月 日
滅失したときの状況				
氏名	生年月日	続柄	滅失日	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	令和 年 月 日	
滅失したときの状況				
氏名	生年月日	続柄	滅失日	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	令和 年 月 日	
滅失したときの状況				

上記のとおり資格確認書を滅失しましたが、今後は十分取り扱いに注意いたします。
なお、資格確認書を発見した時には直ちにお返しいたします。

年 月 日

常務理事	事務長	担当	担当