

経過	資格確認書の返納があったときは、その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	担当者	担当者
	資格確認書の資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日					

記号	〇〇〇〇						
番号	〇〇〇〇-〇〇						
被保険者の氏名	健康 太郎		印	生年月日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日生		
滅失した資格確認書の氏名	健康 花子		性別	男	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生	
被保険者の資格を取得した日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	健康保険の被扶養者の有無		有・無			
被保険者の勤務する(していた)事業所の	名称	〇〇〇〇〇株式会社					
	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇					
資格確認書を滅失した年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	資格確認書を滅失した場所	不明				
資格確認書を滅失した事由(詳しく)	財布の中に資格確認書を携帯していたが、財布を落とした為						

(資格確認書発見の際の返納誓約)

うえの届書に記載したとおり資格確認書を滅失しましたが、この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 〇〇〇〇 印

健康保険の被保険者・被扶養者資格を取得した後の受診状況届

番号	受診者氏名	被保険者と受診者との続柄	傷病名	保険診療		治癒又は未治癒の別	保険診療を担当した保険医	
				始めた年月日	をやめた年月日		氏名	住所(郡市区名)
1	澁澤 花子	妻	〇〇〇〇〇	年 月 日 〇 〇 〇	年 月 日		〇〇〇〇〇	〇〇市
2								
3								
4								
5								

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名 健康 花子 印

事業主の証明	被保険者・被扶養者 健康花子 が健康保険の資格確認書を滅失したこと、および被保険者との資格を取得した後の受診状況が、届け出のとおり相違ないことを証明します。	
	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	〒〇〇〇-〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇
	氏名	〇〇〇〇〇株式会社 総務部長 〇〇〇〇 印
	電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番

受付日付印

澁澤健康保険組合