

## 健康保険「資格確認書」滅失等届

記号	番号	被保険者氏名		
対象者氏名		事由	返納不可の理由	
			本人記載欄	事業主記載欄
		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能
		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能
		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能
		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能
		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能

返納不可の理由に合わせて理由等の記載をお願いいたします。

本人記載欄（滅失の場合：滅失の理由    自己破棄の場合：破棄した時期）
事業主記載欄（回収できなかった理由・返納を督促した状況）「滅失」「自己破棄」以外の場合にのみご記入ください

上記の通り資格確認書を返納することができないので届け出ます。  
 滅失の場合、発見したときはただちに返納いたします。

令和    年    月    日

被保険者 氏名

\_\_\_\_\_

事業主記載欄	上記の通り届け出ます。  <div style="text-align: center;">           事業所 所在地             事業所 名称             事業主 氏名         </div>
--------	---

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿