

常務理事	事務長	担当

健康保険資格確認書 滅失届(退職者用)

被保険者 記号・番号	—	事業所の 名 称	
被保険者の 氏名			
対象者	本人・家族（氏名： 分）		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
資格確認書の 滅失理由	（資格確認書を返納できない理由を詳しく記入して下さい）		
誓 約	滅失した資格確認書につき悪用(サラリーローンや医療費の不正請求等)された場合、貴組合 に対し一切の賠償責任を負うことを確約いたします。尚、有効期限内の資格確認書を発見した 場合は直ちに返納致します。		

大和ハウス工業健康保険組合理事長殿

上記の通り資格確認書を上記事由により返納できませんので届出致します。 なお回収不能の資格確認書によって保険事故が発生した場合は事業主にお いて解決の責任を負います。	受 付 印
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	