

健康保険資格確認書 滅失届(誓約書)

※生年月日は、和暦で記載をお願いいたします。

				年 月 日 提出
被 保 険 者 情 報	記号 <small>(どちらかに✓)</small>	<input type="checkbox"/> 1: 在職者・任意継続者 <input type="checkbox"/> 2: 特例退職者	番号 <small>(教職員番号)</small>	事業所名 慶應義塾
	フリガナ	生 年 月 日		
氏 名	昭・平・令			年 月 日

届 出 内 容	届出提出理由 <small>(□に✓を付けて下さい)</small>	1. 滅失 (□紛失・□盗難) ※誓約書記載要 2. その他()				
	届出対象者 <small>(□に✓を付けて下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (全部・一部)				
	上記の対象者のうち、 該当する者	氏 名	生 年 月 日			続柄
			昭・平・令	年	月	日
		昭・平・令				
届出の事由・原因 <small>(いつ・どこで・状況等)</small>	発生日時: 年 月 日 時頃 場所や状況:					
※盗難の場合	盗難届(届出日: 年 月 日) 届出先警察署名: 連絡先: ()					

誓 約 書

上述の届書のとおり、私を被保険者とする資格確認書を(私あるいは家族が)滅失いたしましたので、お届けいたします。
なお、滅失した資格確認書により万一事故が発生した場合は、貴組合にご負担をおかけしない事を誓約いたします。
また、後日資格確認書を発見したときは、ただちに連絡、返納いたします。

被保険者住所

被保険者氏名

事業主の証明	事業所所在地	東京都港区三田 2-15-45				
	事業所名称	慶應義塾				
	事業主名	塾長 伊藤 公平				
処理日	常任理事	事務長	係	健保受付印	窓口受付印	
年 月 日						

注) マイナ保険証をお持ちでない方で、健康保険資格確認書が必要な方は、別途「健康保険資格確認書交付申請書」を提出してください。