

健康保険資格確認書 減失届(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	1: 在職者			番号						事業所名	慶應義塾大学医学部				
	フリガナ										生 年 月 日					
	氏 名										昭・平・令		年		月	

届 出 内 容	届出提出理由 (□に✓を付けて下さい)	1. 減失 (□紛失・□盗難) ※誓約書記載要 2. その他(															
	届出対象者 (□に✓を付けて下さい)	☐ 被保険者 ☐ 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										
					昭・平・令												
届出の事由・原因 (いつ・どこで・状況等)	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: 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)減失いたしましたので、お届けいたします。
なお、減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	東京都新宿区信濃町35番地				
	事業所名称	慶應義塾大学医学部				
	事業主名	医学部長 金井 隆典				
処理日	常務理事	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。