

# 記入例

※ 健 保 記 入 欄		
常務理事	事務長	係

資格確認書

被保険者証

健康保険  高齢受給者証 滅失届 (  退職  転出  扶養削除  期限切れ)

限度額適用認定証

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

※記号・番号は「資格情報のお知らせ」や「マイナポータル」にてご確認ください 提出日 平成 29 年 3 月 4 日

被	健康保険の	記号 (4桁)	1010	被保険者 氏 名	健保 太郎		性別		
		番号	101234				男		
保	生年月日	昭和 47 年 12 月 31 日		資格喪失日	平成 29 年 2 月 20 日				
	事業所名称 所属	本田技研工業(株) 人事部						※特例退職・任意継続の方は記入不要です	
険	該当者 (該当に <input checked="" type="checkbox"/> )	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者							
		<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	健保 花子	続柄	妻			
			氏名	健保 一郎	続柄	長男			
氏名							続柄		
者	該当の証を 滅失した時 の状況 (詳しく記入)	昨年末に引越しをした際に、紛失したと思われま							
		す。							
記	該当の証を 滅失した時 の状況 (詳しく記入)	※最後に使用または確認した日							
		平成 28 年 11 月 11 日							
入	欄	上記のとおり、 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 を滅失したので届出いたします。							
		今後の取り扱いには充分注意することを誓約いたします。 なお、滅失の届出をした該当の証を発見したときは、直ちに返納いたします。							
		被保険者	〒 199 - 0000	都道府県	東京	住所	船橋区江戸川 1 - 2 - 3		
				Tel	03 - 0000 - 1111				
				氏名	健保 太郎				

(注) 被保険者死亡の場合等、被保険者以外が申請する場合は申請者氏名の記入と捺印が必要です

受付日印

《申請ルート》

被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合

任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

ホンダ健康保険組合