

常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係

資 格 確 認 書 滅 失 届

①被保険者等 記号・番号	記 号		番 号	
②被保険者 氏 名			男 女	③生年月日 昭和 平成 令和
④ 滅 失 し た 者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <small>該当する方の□にチェックしてください。また、被扶養者の方が該当する場合は右欄に氏名等を記入してください。</small>	⑤ 対 象 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日
			性別	続 柄
			男女	
			男女	
			男女	
⑥被保険者の 現 住 所	〒 ー			
⑦被保険者の 勤務する(して いた)事業所の 名称・所在地	名 称			
	所 在 地			
⑧資格確認書 を滅失した ときの状況				
<p>[資格確認書発見の際の返納誓約]</p> <p>上記に記載した通り資格確認書を滅失しましたが、この資格確認書を発見したときはただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 _____</p>				

千葉県機械金属健康保険組合

受 付 日 印