

資格確認証等滅失届

常務理事	事務長	担当

太枠内をご記入ください。 ※ は該当する箇所には○をつけてください。

記号	番号	事業所名	所属

滅失者	本人 ・ 被扶養者	ふりがな	生 年 月 日
		被保険者氏名	昭和 平成 年 月 日

滅失者が被扶養者の場合ご記入ください。↓

ふりがな	続柄	生 年 月 日	ふりがな	続柄	生 年 月 日
氏名		昭和 平成 年 月 日 令和	氏名		昭和 平成 年 月 日 令和
ふりがな	続柄	生 年 月 日	ふりがな	続柄	生 年 月 日
氏名		昭和 平成 年 月 日 令和	氏名		昭和 平成 年 月 日 令和

資格確認書を紛失した場合は、必ず警察署などへ届け出てください。

上記のとおり **資格確認書**、**限度額適用認定証**、**高齢受給者証** を滅失しましたので届出いたします。

なお、紛失したことにより大阪読売健康保険組合に費用が発生した場合には、私が責任を持って賠償します。
発見の場合は直ちに返納します。

年 月 日
大阪読売健康保険組合理事長殿

被保険者住所 〒 -
電話番号 - - 携帯番号 - -
氏名

2024.12月改定

受付日付印

備考	
----	--

事業主住所氏名	〒 -
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	()

社会保険労務士の提出代行者印