

註)

当届出は、資格確認書の（再発行を含む）発行が不要な方が対象です
発行が必要な場合は、（再）発行申請を提出下さい

健保組合確認欄				
常務理事	事務長		担当	担当

健康保険 被保険者証(保険証) / 資格確認書 毀損・滅失 届

※ 保険証/資格確認書 何れかにチェック(☑)

川崎汽船健康保険組合 理事長 殿

提出年月日 令和 年 月 日

被保険者(届出者)			
記号	番号	(フリガナ)	連絡先(電話番号)
		氏名	

毀損・滅失 該当者		
(フリガナ)	被保険者との続柄	健康保険証枝番(2桁)
氏名		

※ 届出理由 毀損 / 滅失 何れかにチェック (☑)

届 出 理 由	<input type="checkbox"/> 毀 損 (毀損の場合には、必ず申請書に毀損資格確認書を添付して下さい)		
	理由(紛失の日時、場所など具体的に記入してください)		
	<input type="checkbox"/> 滅 失		
	上記の理由により、題記証書を滅失してしまいました。 滅失した証書により万一事故が発生した場合は、私(申請者)が、全責任を負い補償いたします。 なお、滅失した証書を発見した場合は 遅滞なく返却いたします。		
	届出をした警察署 署 派出所	届出日時 年 / 月 / 日 / 時頃	受付番号

自宅外で紛失したり、盗難にあった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので必ず警察に届け出てください。

事業主の証明が得られない場合は、申請者(被保険者本人)と毀損・滅失該当者を確認できる公的証明書(写)の添付が必要です。

事 業 主 の 証 明	上記申請は、被保険者本人の申出によるものであり、 毀損・滅失の事実と相違ないことを確認しています。
	事業所所在地
	事業所名 事業主名

受付年月日

健保組合使用欄				
書回収	令和	年	月	日
(滅失)		/	/	/