

健康保険「資格確認書」滅失等届

記号	番号	被保険者氏名		
591	1	健保 太郎		
対象者氏名		事由	返納不可の理由	
			本人記載欄	事業主記載欄
健保 太郎		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 減失 <input checked="" type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能
健保 花子		<input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能
		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能
		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能
		<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用開始	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 自己破棄	<input type="checkbox"/> 返不能

返納不可の理由に合わせて理由等の記載をお願いいたします。

本人記載欄（滅失の場合：滅失の理由　　自己破棄の場合：破棄した時期）
自己破棄：2025.12.2 滅失：自宅に保管していたが、管理が適切にできず滅失。
事業主記載欄（回収できなかった理由・返納を督促した状況）「滅失」「自己破棄」以外の場合にのみご記入ください

上記の通り資格確認書を返納することができないので届け出ます。
滅失の場合、発見したときはただちに返納いたします。

令和 7 年 12 月 20 日

被保険者 氏名 健保 太郎

事業主記載欄	上記の通り届け出ます。	
	事業所 所在地	名古屋市泉1丁目23番36号
	事業所 名 称	トヨタ〇〇株式会社
	事業主 氏 名	〇〇 〇〇

卜ヨ夕販売連合健康保険組合理事長 殿