|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **コスモエネルギーグループ健康保険組合** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 常務理事 | | | 事務長 | | | 係 |
|  | | |  | | |  |
|  | | | | 事業所担当者印 | | **健康保険被保険者証(資格確認書)滅失届** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所コード | | |  |  | |
|  |  |  |  |
|  | | | | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| **(注意事項)** | | | | | 被保険者の  記号番号 | | | | 記　号 | | |  | |  | | 番 | |  | | 号 | |  | |  | | 届書の  種類 | | | | * 被保険者証   □　資格確認書 | | | | □　　喪失  □　再交付・更新 | |
| 1. この届書は、健康保険の被保険者証・資格確認書を滅失したため再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証・資格証明書を添付して返納することが   　　　できない場合、または被保険者証・資格確認書の更新ないし検認の際に被保険者証・資格確認書を提出または返納することのできない方が、有効被保険者証・資格確認書の再交  　　　付を受ける場合に提出するものです。   1. 届出の際には「始末書」を添付してください。 | | | | |
| 被保険者  氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 昭和  平成 令和 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 被保険者の  資格取得年月日 | | | | 昭和  平成 令和 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 被扶養者  の有無 | | | | 有（　　　　）人  無 | | | | | | | | | | |
| 被保険者の勤務  する（していた）  事業所 | | | | 名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証・ 資格確認書を  滅失したとき  の状況 | | | | 滅失者の氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　　）  過失による滅失（　はい　・　いいえ　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 警察への届け出　　　　　有　　　　　　　無  届出日： 届出警察署名：1  受理番号等： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　 　　年　 　　月　　 　日提出  うえの届出書に記載したとおり、被保険者証・資格確認書を滅失いたし  ましたが今後は十分取り扱いに注意いたします。  なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。  住　所　〒　　　 ―  被保険者の  氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |