

事業所番号

# 健康保険 資格確認書（紛失・滅失・回収不能）届

被保険者（申請者）

（提出日）  
令和 年 月 日

事業所名

マネージャー	担当者

ENEOSグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者

## 【提出前に必ずご確認ください】

- ・ 本届は、資格確認書の紛失等により「再交付を希望しない」場合、または資格喪失・削除後に「回収不能」な場合にのみご提出ください。
- ・ 資格確認書の再交付が必要な方は、本届ではなく「資格確認書再交付申請書」をご提出ください。

私（申請者）は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。

被保険者 記号・番号	—	対象者	続柄	性別	生年月日
現住所					昭和 平成 年 月 日
所属					昭和 平成 年 月 日
氏名					昭和 平成 年 月 日
被保険者 資格喪失日	令和 年 月 日 喪失	扶養削除日	令和 年 月 日 削除		
返納できない事由を ○で囲んでください。	紛失・滅失・回収不能	返納できない理由を詳しく記載してください。  ※ 屋外で紛失の場合は警察へご連絡ください。 警察届出日：令和 年 月 日			

## 事業主証明欄

上記の者について、証が返納できないため届出します。  
なお、証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

住所

事業所

事業主

受付日付印

<個人情報保護関係>

情報の管理方法等は、当健保組合ホームページに詳細が掲示されています。

届書提出後の回収日