

| |
|-------|
| 事業所番号 |
| |

健康保険 資格確認書（紛失・滅失・回収不能）届

【記入例】

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 | 123 - 1234567 | 対象者 | 続柄 | 性別 | 生年月日 |
| 現住所 | 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇-〇〇 | 健保 太郎 | 本人 | 男 | 昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日 |
| 所属 | 総務部 | 健保 花子 | 妻 | 女 | 昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日 |
| 氏名 | 健保 太郎 | | | | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| 被保険者 資格喪失日 | 令和 8 年 4 月 1 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。 財布と一緒に紛失した。 ※ 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 8 年 4 月 1 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 | |
|-----------|--|