

常務理事	事務長	担当者

所属長	担当者

健康保険 資格確認書滅失届（回収不能届）

この申請書は資格喪失時に添付する有効な資格確認書を紛失した際に届け出るものです。

リンナイ健康保険組合 殿

被保険者情報	記号・番号	記 号	番 号	社員番号		事業所名称		
	氏 名	フリガナ						生年月日
	住民票住所	〒 - TEL: () -						

滅失対象者欄	氏 名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	住民票住所	〒 -							
	滅失年月日	令和	年	月	日	滅失場所			
	滅失理由 (具体的に記入のこと)								

滅失対象者欄	氏 名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	住民票住所	〒 -							
	滅失年月日	令和	年	月	日	滅失場所			
	滅失理由 (具体的に記入のこと)								

事業主欄	上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出します。		
	事業所所在地		
	事業主名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

／ 受 付 日 付 印 ＼