

健康保険資格確認書

資格喪失時
一斉更新時

滅失理由届

常務理事	事務長	担当者

被保険者等記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名					
滅失するだけの事由 届け先 届日	警察署	（該当番号に○印） 滅失した資格確認書	1	被保険者（本人が保持していたもの）			
			2	被扶養者（家族が保持していたもの）			
			左家記族に該当する氏の名	氏名	生年月日	続柄	
					年月日		
					年月日		
					年月日		
					年月日		
	年月日						

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所の所在地

事業所の名称

事業主の氏名

受付日付印

KOA健康保険組合