

健康保険資格確認書

資格喪失時
一斉更新時

減失理由届

| | | |
|------|-----|-----|
| 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 | | | | | | | |
| 減失の 詳細 理由 | 届け先 警察署 届日 月 日 | | | 減失した 資格確認書 (該当番号に○印) | 1 2 左記に 該当す る名 | 被保険者（本人が保持していたもの） | | | | | |
| | | | | | | 被扶養者（家族が保持していたもの） | | | | | |
| | | | | | | 氏 名 | | 生 年 月 日 | | 続柄 | |
| | | | | | | | | 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

K O A健康保険組合