

--	--	--	--

## 資格喪失のための資格確認書滅失届

被保険者証の 記号及び番号	〇〇—〇〇〇〇	資格喪失年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
最後に療養の給 付を受けたる保 険医の住所氏名	〇〇市〇〇区〇〇町〇—〇 〇〇〇病院		
滅失理由	〇〇		

上記のとおりお届けいたします。

被保険者住所

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 氏 名 〇〇市〇〇区〇〇町〇—〇

健保 太郎

事業主 住 所

〇〇市〇〇区〇〇町〇—〇  
氏 名

〇〇〇〇株式会社

N T P グループ健康保険組合 殿

誓 約 書

今般健康保険被保険者資格喪失につきまして資格確認書を返納すべきところ（紛失理由）  
により返納出来ず誠に申し訳ありません。

つきましては今後発見次第直ちに返納致しますと共に紛失被保険者証の不正使用などが  
生じました節にはその損害の一切を私が補償することをここに誓約いたします。

年 月 日 千 一

住所  
被保険者  
氏名

Tel 一 一

上 記 保 証 し ま す。

年 月 日 住所  
事 業 主  
氏 名

N T P グループ健康保険組合 殿