

健康保険資格確認書 滅失届		常務理事	事務長	係員
被保険者等の 記号・番号	999-9999	被保険者 氏名	健保 太郎	
滅失者氏名	氏名	生年月日	性別	続柄
	健保 太郎	平成 11 年 11 月 1 日	男	本人
事業所名称	(株) イノアック コーポレーション	事業所所在地		
資格取得年月日	R7・1・1	喪失年月日	R8・1・31	
最後に療養給付 を受けた保険医 の住所・氏名	●●病院 愛知県名古屋市中区			
事由	返却するのを知らずに破棄してしまったため			
<h3>誓約書</h3> <p>今般、健康保険資格確認書を返納すべきところ <u>紛失</u>により返納できず誠に申し訳ございません。今後発見次第返納致しますと共に不正使用等が生じた節はその損害の一切を私が保証する事を誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">R8 年 1 月 5 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者住所 愛知県名古屋市○○○-○ 被保険者氏名 健保 太郎</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">自署の場合は押印を省略できます。</p> <p>イノアック健康保険組合理事長 殿</p>				