

村田製作所健康保険組合		
事務長	確認	受付

■提出先：MMC本社 HRサービス課 社保係宛(A122)

※有効期限内の資格確認書紛失時に提出してください

健康保険資格確認書 滅失(回収不能)届

村田製作所健康保険組合理事長 殿

被保険者 記号一番号	-		事業所名		
	※マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書のいずれかで確認できます。				
被保険者の氏名		氏名コード			
住民票記載 現住所	〒 -				
電話番号 (日中の連絡先)		職場・携帯・自宅	←該当に○をお願いします (平日9:00-17:00に連絡がつくこと)		
返却できない 対象者	氏名	続柄	滅失物	マイナ保険証 保有	生年月日
			資格確認書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
			資格確認書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
			資格確認書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
届出の経緯	資格喪失に伴う届出で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
返却できない理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 【詳細を記入して下さい】 				
<p>上記に記載した通り、資格確認書を滅失したことに相違ありません。 紛失、盗難された資格確認書が不正に使用され、貴組合に損害を与えた場合は一切の責任を負います。 発見した場合は直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者署名・捺印 (印)</p> <p style="text-align: right;">※自署の場合、捺印不要</p>					

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出します。
なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

事業主欄	事業所所在地	※会社で記入しますので記入不要です	人事担当者確認印
	事業所名称		
	事業主氏名		

受付日付印