

■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

不明の場合は、未記入で可

資格確認書

会社名、事業所名を記入して下さい

村田製作所健康保険組合理事長 殿

被保険者 記号-番号	1 - 10001			事業所名	(株)村田製作所 野洲事業所		
被保険者の氏名	村田 太郎			氏名コード	MM00001		
現住所	〒 000 - 0000 滋賀県野洲市本町1-1-1						
電話番号 (日中の連絡先)	090-0000-0000			職場	<input checked="" type="radio"/> 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		
	村田 太郎	本人	資格確認書	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.昭和 2.平成 3.令和	57	9月 9日
	村田 花子	長女	資格確認書	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.昭和 2.平成 3.令和	19	9月 9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 checked="" type="checkbox"/> 有 <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】 保管していたが、探しても見つからない ..... ..... .....						
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。							
令和 1年 6月 4日 被保険者署名・捺印 <b>村田 太郎</b>  <small>※自署の場合、捺印不要</small>							

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	人事担当者確認印
	事業所名称	
	事業主氏名	

受付日付印