

東邦ガス健康保険組合理事長 殿

健保組合	常務理事	事務長		担当者
------	------	-----	--	-----

資格確認書回収不能届（滅失届）

申請 年 月 日

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	氏名	
	会社名				
	所 属				
連絡先					

滅失された方	氏名	性別	生年月日	続柄	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
理由					
ご記入ください	この資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。 被保険者氏名 _____				