

提出先 ①ファイルリクエスト(推奨) : <https://ono-pharma.app.box.com/f/4d9b5c1556d149a5800ad74839a37ea4>

②社 内 便 の 場 合 :社員 ⇒ 人事・労政部 ⇒ 小野薬品健康保険組合

資格確認書 滅失届

小野薬品健康保険組合理事長 殿 提出日 令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	フリガナ	
			被保険者 の氏名	
被保険者の 現住所	〒	—	TEL	— —
滅失該当者	被保険者（本人）			
	被扶養者（家族） [氏名]			
状況	棄損 （必ず棄損した健康保険証を添付して下さい）			（誓約）
	滅失			・ 万一、紛失した資格確認書を発見したときは、直ちに返納致します。
	理由（詳しく） []			
	* 警察への届け出 済 未			

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日			
	所在地 事業所名 事業主代理人氏名			
	この届出については被保険者が作成したものである。			

受 付 印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者