

ルネサス健保使用欄				
決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

① ※太枠内を記入してください。

健康保険 資格証明書紛失届

下記の通り、健康保険資格証明書を紛失いたしましたので、その旨お届け致します。

② 提出日 令和 3 年 4 月 10 日

④

被保険者情報

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号										被保険者氏名	フリガナ	ケンコウ タロウ
記号	1	1	1	番号 (右詰め)	1	1	1	1	1		健康 太郎	
事業所名										連絡先		
社 名					所 属					日中の連絡先 電話番号		
ルネサスエレクトロニクス(株)					製造部					03-6773-4320		
⑥ 現住所	〒 123-4567 東京都 ○○区 ○○一丁目2番3号											
⑦ 従業員番号 (右詰め)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	事業所コード	⑩ ※事業所コードは、事業所健保担当者が記入	

申請内容

⑧ 紛失した(と思われる)対象者

☐ 被保険者(本人)分

☒ 被扶養者(家族)分 ※該当者名を下記に記入してください

氏 名	続柄	生 年 月 日			
健康 二郎	長男	昭 平 令	2 7	1	1

⑨ 紛失した理由・状況等
(詳しく記入してください)

家の中を探したが、見つからなかった。

<注意事項>

1.当届は「資格確認書」の再交付申請中で、事業主から資格証明書の交付を受けたが、紛失のため返却出来ない場合に提出してください。

2.紛失・盗難の場合には、念のため警察へ届出願います。

3.紛失・盗難等による金融関係での悪用については、健保組合は一切関知しませんのでご了承願います。

<申請書の送付先>

社会保険労務士法人なんの木事務所 郵送：〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29

社内郵便：本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木

上記の通り被保険者から届出がありましたので提出いたします。
尚、当該証明書を発見した場合は、直ちに回収し返却いたします。

事業所所在地 ○○○○○○○○○○

事業所名称 ○○○○○○○○○○

事業主氏名 ○○ ○○

⑩
事業所担当印

受付日付印

【被保険者記入・確認事項】

- ① 太枠内を正確に記入願います。
- ② 提出年月日は必ず記入願います。
- ③ 被保険者の記号・番号を正確に記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。
- ④ 被保険者氏名を自署願います。
- ⑤ 事業所名及び連絡先を正確に記入願います。
- ⑥ 現住所を正確に記入願います。

(注) ・対象者が被扶養者であった場合は、被扶養者の現住所を記入願います。

- ⑦ 従業員番号を正確に記入願います。
- ⑧ 紛失した(と思われる)資格証明書(「被保険者(本人)分」・「被扶養者(家族)分」の該当するもの)に
チェック☑してください。
尚、被扶養者(家族)分の場合は、該当する被扶養者氏名・続柄・生年月日 を記入願います。
- ⑨ 紛失した理由・状況等を詳細に記入願います。

【事業所健保担当者確認事項】

- ⑩ 事業所健保担当者は、事業所コードの記入・日付のわかる事業者担当者印を押印し、再度記入漏れ等がないか
確認のうえ、事業主欄を記入し健保組合へ提出してください。