

記号番号		被保険者氏名	
記号番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください			
資格確認書滅失者の氏名			
事業所	(名称)		
資格取得・喪失年月日	平成・令和	年	月 日
事由			

令和 年 月 日

常務理事	事務長	係

今般、資格確認書を紛失いたしましたこと、(事由)
誠に申し訳ありません。つきましては、今後は発見次第ただちに返納いたしま
すとともに、紛失資格確認書の不正使用などが生じたときは、その損害の
一切を私が補償することを、ここに誓約いたします。

令和 年 月 日

被保険者
住所
氏名

上記保証します。

令和 年 月 日

事業主
住所
名称
氏名

フジパングループ健康保険組合 理事長 殿