

常務理事	事務長		担当者

健康保険被保険者証等滅失届

【提出先】 被保険者 → 事業主 → 健康保険組合

被 保 険 者	記号		番号		所 属 事業所	
	氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 -			電話番号	

対象者	氏名		被保険者 との続柄		生年月日	昭和 平成 年 月 日
該当の証 (滅失した証を ○で囲んで ください)	健康保険証	滅失の 理由	理由を詳細に記入してください。			
	資格確認書					
	高齢受給者証					
	限度額適用認定証					
警察への届出 ※健康保険者証・ 資格確認書を 紛失したとき	届 出 年 月 日		届出警察署名称		受 付 番 号	
	年 月 日 届出済					

上記のとおり滅失いたしました。発見の際には直ちに返納いたします。
なお、未返納の証等により損害が生じた場合は、私の負担といたします。

年 月 日 提出

被保険者氏名 (自署)

事 業 主 の 証 明 欄	上記の届出について相違ないことを証明する。
	年 月 日 提出
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話 番 号
※任意継続被保険者の方はこの証明欄は不要です。	

ダイダシ健康保険組合受付印