

「事業所番号」: DIS (他社への出向者含む) =100、
DSAS=110 を記入してください

健康保険被保険者証 滅失届

事業所 記号	〇〇〇	被保険者 番号	〇〇〇〇〇〇	「被保険者番号」は7桁: 1+社員番号を 記入してください		健保 太郎
資格取得 年月日	昭和 平成・令和 6年12月3日			事業所 名称	〇〇〇〇(株)	
滅失した被保険者証 (該当する証に○印)	本人 (被保険者)	家族 (被扶養者)	氏名: 健保 花子			
返納不能の理由 令和〇年〇月〇日に電車の中で保険証が入った財布をすられたため。警察に届出済です。						
ダイワボウ健康保険組合 理事長殿						
上記のとおり被保険者証を滅失いたしましたので届出いたします。 なお、紛失した当該保険証に起因した事故が生じた場合の責任は私が負い、健康保険組合には一切ご迷惑をおかけいたしません。 また、この保険証を令和7年12月1日までに発見したときは、ただちに返納いたします。						
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
住所 大阪市中央区〇〇町〇-〇						
被保険者氏名 健保 太郎						
生年月日 昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生						
電話番号 〇〇〇- 〇〇〇 - 〇〇〇〇						
事業主 証明欄	上記被保険者につき詳細調査し事実であることを証明します。 令和 年 月 日			住所 〒 -	事業主が記載するところです	
組合 処理欄	常務理事	事務長	係	事業主氏名		