　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健康保険被保険者証　滅失届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所  記　号 |  | 被保険者  番　　号 |  | 被保険者  氏　　名 |  |
| 資格取得  年 月 日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | 事業所  名　称 |  |
| 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： |
| 返納不能の理由 | | | | | |
| 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　　　年　　　月　　　日  住　　　　所  被保険者氏名  生年月日　　 　昭　・　平　　　年　　　月　　　日生  電話番号　　　　　　－　　　　　－ | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | 住　　　　所　〒　　　－ |
| 令和　　　　年　　　　月　　　日 | | | 事業主氏名 |
| 組　合  処理欄 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |
|

2024.12