

各事業場健康保険担当者経由

ダイセル健康保険組合 行き

提出日 年 月 日

健康保険被保険者証滅失届

ダイセル健康保険組合理事長殿

※始末書を添付して下さい。

被保険者氏名と捺印	印	性別	男・女
被保険者記号番号(氏名コード)	—	生年月日	昭・平・令 年 月 日
所属事業場	会社名：_____ 事業場：_____		
被保険者住所	〒		
資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
滅失事由の発生日	平成・令和 年 月 日		
滅失事由(詳しく)			
滅失対象者氏名			

上記の通り滅失しましたのでお届け致します。

被保険者証を発見したときは、直ちに返却致します。

事業主の証明		滅失伺		
上記の者、被保険者証を滅失したことに 相違ないことを証明します。		常務理事	事務長	担当者
事業主の 住所氏名 および印		受付日		入力日