

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

**被保険者証の氏名の上をご覧ください**

※始末書を添付して下さい。

被保険者氏名	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。

**本人の場合は「本人」と記入する**

**この欄は、会社の担当者が記入してください**

**任意継続の方は、住所、氏名を記入の上捺印  
してください**

**この欄は、健康保険組合が使用します**