

健康保険 被保険者証 減失届

被保険者証		記号					番号							
被 保 険 者	フリガナ											男・女		
	氏 名													
	生年月日	昭和 平成					年			月			日	
	住 所													
	取 得 年月日	昭和 平成 令和						年			月		日	健保扶養家族
滅 失 該 当 者	1. 本人 2. 家族 →	滅失した家族の 氏 名 と 続 柄	氏 名					続 柄						
申 請 理 由	1. 滅失による申請 3. 被扶養者不該当時の滅失届 (不該当年月日：令和 年 月 日) 2. き損による申請													
滅 失 ・ き 損 理 由	◎上記の申請理由を詳しく記入してください。 ・健康保険証を滅失または、き損した日（令和 年 月 日）													

常務理事	事務長	担 当

差入証（き損による申請の場合は記入不要）

うえの申請書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。

なお、この被保険者証を発見した時は、ただちに返却いたします。

令和 年 月 日

ダイキン工業健康保険組合 理事長殿

返納義務者氏名
(被保険者氏名)

受付印

(事業所)	所在地
	名 称
	事業主の氏名

事業所担当

注意) ・ 太枠内に、記入してください。
・ き損による申請の場合は、「き損した保険証」を添付してください。