

健康保険 被保険者証

滅失届・再交付申請書

被保険者証		記号					番号						
被 保 険 者	フリガナ							印	男・女				
	氏 名												
	生年月日	昭和 平成 令和	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	有 (人) ・ 無				
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. 滅失による再交付申請 2. き損による再交付申請												
滅 失 ・ き 損 理 由	令和 6 年能登半島地震により被災し健康保険証を滅失、き損した ・被災した市町村 (県 市・町) ・健康保険証を滅失または、き損した日 (令和 年 月 日)												

差入証

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	返納義務者氏名 印
ダイキン工業健康保険組合 理事長殿	(被保険者氏名)

受付印

(事業所)	所在地	印
	名 称	
	事業主の氏名	

事業所担当

注意) ・太枠内に、記入・捺印をしてください。(事業所・事業主欄は記入不要)
・き損による再交付の場合は、「き損した保険証」を添付してください。