

常務理事	事務長	係

被 保 険 者
健 康 保 険 被 扶 養 者 証 滅 失 届

届書の種類	喪失 ・ 再交 ・ 更新	
被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)
被保険者氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
資格取得日	昭和・平成 年 月 日	
被保険者の勤務する 事業所の	名 称	
	所 在 地	
滅失した被保険者証 の氏名・続柄	(氏名)	(続柄)
被保険者証を 滅失したときの状況 (詳しく記入して 下さい)	(警察署名 受理番号)	
年 月 日 提出		

うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取り扱いに注意いたします。

なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者の住所

氏名

事業所の名称 及び 所在地

事業主の氏名

大日本塗料健康保険組合 理事長殿

※ 再交付手数料（未返納金） 1,000 円