

被保険者証滅失・毀損届

常務理事	事務長	課長	主任	係員

記号		番号		被保険者氏名		生年月日	年	月	日生	事業所	
紛失・滅失・毀損・盗難							対象者氏名				
いずれの場合も被保険者の始末書提出が必要です。											

資格確認書が必要な方は、資格確認書再交付申請書を提出してください。

上記の通り申請します。

申請年月日	令和 年 月 日	
被保険者	住所	
	氏名	

確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

事業主の 証明
