

受付	平成	年	月	日
決定	平成	年	月	日

交付決議書			
資格取得	平成	年	月 日

## 被保険者証滅失届

平成 年 月 日

大倉健康保険組合理事長殿

被保険者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり被保険者証滅失によりお届けします。

被保険者証の 記号と番号	_____ 号	事業所の名称	
届け出の理由			

上記の届出のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

事業主 \_\_\_\_\_ 印