取扱注意	秘密情報 複製禁止

被保険者証　　滅　　失　　届

受　　付	登　　録

決　裁　　令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	関係者	担　当

中部電力健康保険組合　常務理事　殿　　令和　　年　　月　　日　届出

被　保　険　者　証		被　保　険　者　氏　名	会社名・所属・連絡先
記　号			
番　号			☎
届出事由の発生年月日		令和　　年　　月　　日	
滅失の理由 （滅失した場所や理由などをできるだけ詳しく記入してください）			
警察への届出＊ （どちらかに必ず☑、記入してください→）		□ 警察へ届出をした（届出日　令和　　年　　月　　日）	
		□ 自身で誤って被保険者証を廃棄処分し、第3者利用がないと思われるため、警察への届出はしない。 ただし、滅失した健康保険被保険者証が万一不正使用された場合には、私がその一切の責任を負います。 被保険者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿	

＊滅失した健康保険被保険者証の利用停止や無効にすることはできません。必ず警察署へ届出をしてください。

滅失した健康保険被保険者証が見つかった場合は、直ちに返納をお願いします。

チェック欄	滅失した者の氏名	性別	生　年　月　日	続　柄
□	被保険者分			本人
滅失した者が被扶養者の場合（氏名を記入）		男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
		男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
		男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
		男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の滅失申請がありましたので届出いたします。
なお、今後は健康保険被保険者証を滅失することのないよう十分指導いたします。

事 業 主　　所 在 地
名　　称
氏　　名