

被保険者証

毀 損

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		平成・令和 年 月 日	
毀損の理由 (毀損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)			

チェック欄	毀損した者の氏名	性別	生 年 月 日	続 柄
☐	被保険者分			本人
毀損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毀損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毀損することのないよう十分指導いたします。

所在地

事業主 名称

氏 名