

取扱注意 秘密情報
複製禁止

保険者証

~~滅失~~ ~~損~~

届

受付	登録	年	月	日
再生紙（裏紙）での申請は不可		関係者	担当	
提出の際は、毀損の保険証を添付してください。		連絡先は業務時間内(9:00~17:00)に連絡が取れる番号(内線・PHS・外線等)をご記入ください。		
		届出日は必ず記入		

中部電力健康保険組合 常務理事 殿

令和 21 年 1 月 4 日 届出

被保険者証		被保険者氏名		氏名・所属・連絡先	
記号	1	健保 太郎		中部電力(株) ○○支店 ××× △△グループ	
番号	12345			☎ ×××-××××	
届出事由の発生日			令和 ○○ 年 1 月 1 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)			ズボンのポケットに保険証を入れたまま洗濯をしてしまい、形がゆがんでしまった。		

毀損した方のみご記入ください。
被保険者の場合は、チェック欄にチェックしてください。
被扶養者の場合は、氏名、生年月日、性別をご記入ください。

チェック	被保険者分	年	月	日	続柄
<input checked="" type="checkbox"/>					本人
必要扶養者の場合の被保険者証記入が	健保 花子	男・女	昭和 平成 令和	48 年 7 月 7 日	妻
		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	

滅失した被保険者証が発見された場合は、発見した被保険者証をすみやかに返却ください。

※中部電力3社の方⇒ビジネスサポートセンター
※関係会社の方 ⇒所属事業所 健保担当箇所
※任意継続の方 ⇒不要です。

上記のとおり被保険者から健康保険...
なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又は、毀損することのないよう...
所在地
事業主 名称
氏名