

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

被保険者等		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☑をしてください)		<input type="checkbox"/> 警察へ届出をした(届出日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 警察へ届出をしない(理由: ) 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、私が生その一切の責任を負います。 被保険者氏名 _____	

\* 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	生 年 月 日	続 柄	資格確認書発行要否 *対象者のみ発行
<input type="checkbox"/>	被保険者分	/		本人 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
滅失した者が被扶養者の		昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
		昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
		昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
		昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否

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。

所在地  
事業主 名称  
氏 名