

※ 健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

健 康 保 険 毀 損 届

被 保 険 者	記号		番号		毀損した種類 (該当するものに○を付けてください)	健康保険証 ・ 限度額認定証
被 保 険 者 氏 名				生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日
被 保 険 者 の 勤 務 する (していた)事業所	名称			所在地		
毀損した該当者氏名(続柄)				()	()	
				()	()	
				()	()	
毀 損 した 時 の 状 況 (毀 損 した 証 を 添 付)						
<p>上記のとおり、毀損いたしました。今後は取扱いに充分注意いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者住所 〒 -</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名</p>						

記入例を参照し、必要事項を記入のうえ提出願います。