

※ 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 險 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)	資格確認書 ・ 限度額認定証
被 保 險 者 氏 名					生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
被 保 險 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)						
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。						
令和 年 月 日						
被保険者住所 〒 -						
被保険者氏名						

記入例を参照し、必要事項を記入のうえ提出願います。