常務理事	事務長	部　長	次　長	課　長	係　長	主　任	担　当

健康保険高齢受給者証　滅失・き損　届

確認欄	
□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

記　号	番　号	被保険者氏名	被保険者生年月日		性別
			昭・平	年　月　日	男・女

滅失、き損届の対象となる者及び原因 ※該当番号に〇印をしてください							
	1	被保険者（本人が保持しているもの）　※上記に同じ				原因	滅失・き損
	2	被扶養者（家族が保持しているもの）　※対象となる家族の氏名等					
	被扶養者氏名	被扶養者生年月日		性別	続柄	原因	
		昭・平	年　月　日	男・女		滅失・き損	
	被扶養者氏名	被扶養者生年月日		性別	続柄	原因	
			年　月　日	男・女		滅失・き損	

滅失、き損届の理由 ※できるだけ詳しく記入してください	【き損の場合は必ず高齢受給者証を添付してください】 【盗難の場合は悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をおすすめします】

上記のとおり、高齢受給者証を滅失･き損したのでお届けします。今後は十分取り扱いに注意いたします。
なお、この高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和　　年　　月　　日　被保険者　住所

氏名

上記届出理由を調査したところ相違ないので証明します。なお、今後は高齢受給者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

令和　　年　　月　　日

受付日付印

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電　　話

酒フーズ健康保険組合