

常務理事	事務長	部 長	次 長	課 長	係 長	主 任	担 当

健康保険高齡受給者証滅失届・再交付申請書

確認欄	
<input type="checkbox"/>	この届出については、又はの要件を満たしたものである。 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 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。

被 保 険 者 証		被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 生 年 月 日		性 別	
記 号		番 号		昭・平		年 月 日	
				男・女			
滅失、き損届・再 交付申請の対象と なる者及び原因 該当番号に 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
		昭・平		年 月 日	男・女	滅失・き損	
滅失、き損届・再 交付申請の届出の 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齡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、高齡受給者証を滅失・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ので、再交付願いたく申請いたします。 なお、この高齡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、今後は高齡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 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話							

受付日付印