

常務理事	事務長		担当者

健康保険高齢受給者証 滅失・き損 再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号番号	記号		生年月日	昭和	年	月	日	資格取得 年月日	平成	年	月	日	
		番号			平成							令和		
	被保険者 氏名	フリガナ				被保険者 住 所	〒							
	所属事業所 及び部署名					電話								
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅 失 (紛失 ・ 盗難 ・ 不明) 2. き 損 3. その他 ()												
	再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない												
	該 当 者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分												
	該 当 者 が 被 扶 養 者 の 場 合 記 入	①	フリガナ		続柄		生年月日	昭和	年	月	日			
②		フリガナ		続柄		生年月日	昭和	年	月	日				
③		フリガナ		続柄		生年月日	昭和	年	月	日				
滅失又はき損 したときの状況	※できるだけ具体的にご記入ください													
警察への届出状況	有 ・ 無	届出先		警察署	届出日	令和	年	月	日					

◎高齢受給者証のき損のための再交付申請であるときは、き損した高齢受給者証を、この申請書に添付してください。

健康保険高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)	
うえの申請書に記載したとおり、健康保険高齢受給者証を滅失いたしました。今後は、取り扱いに十分注意いたします。また、滅失した健康保険高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。	
令和	年 月 日 被保険者氏名

事 業 所 の 証 明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。
	令和 年 月 日
	〒
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電話	

年 月 日提出
受付日付印