高齢受給者証（滅失・き損）再交付申請書

【申請者】　　申請日　令和　　年　　月　　日

健康保険 記号・番号	記号		番号	
被保険者氏名				印
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日			
被保険者住所	〒　　－ TEL　（　　）　　－			
所属部署	TEL　（　　）　　－			

注）「き損」の場合は、その高齢受給者証を添えてください。

氏名		続柄		「滅失」及び「き損」の状況
区分	□滅失　□き損	※日時・場所等経緯を詳しく記入してください。	（　　）	

⇩　滅失の場合のみ、下記もご記入ください

警察への届出状況	□有　□無		届出先	都・道・府・県　　警察署
届出日	令和　　年　　月　　日			

⇩

うえの申請書に記載したとおり、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、滅失した高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者

令和　　年　　月　　日　　署名　　印

事業主証明欄	上記被保険者は、高齢受給者証を「滅失」又は「き損」したことに相違ないことを証明します。なお、今後は高齢受給者証を「滅失」又は「き損」することのないよう被保険者に徹底します。　令和　　年　　月　　日	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	印

受給者証発行日付	常務理事	事務長	担当	担当
年　月　日				

受付