

※この届は、滅失が判明して、再交付を要しない場合に提出してください。

健康保険 高齢受給者証 滅失届

記号－番号	被保険者氏名	生年月日	性別
－		昭和・平成 年 月 日	男・女
住所 〒 ー		電話	

滅失した証について、記入してください。

証を滅失した者（左欄 ア・イに○をつけてください。）					届出事由
ア	被保険者本人				滅失（紛失・盗難）
イ	被扶養者（下記氏名記入）	生年月日	性別	続柄	届出事由
		昭和 年 月 日	男・女		滅失（紛失・盗難）
		昭和 年 月 日	男・女		滅失（紛失・盗難）
申請理由	滅失（紛失・盗難）した年月日および場所 令和 年 月 日 場所（ ）				
	滅失した状況を詳しく記入してください。※盗難・紛失の場合は、必ず警察へ届け出てください。				

被保険者記入	<p>上記のとおり、高齢受給者証を滅失したので、届出いたします。</p> <p>なお、滅失した高齢受給者証が見つかりましたら、直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者署名 _____</p>
--------	--

事業主の証明	<p>上記のとおり、高齢受給者証を滅失したに相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話</p>
--------	---

健康保険処理欄	<p>【再発行日】</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>【高齢受給者証返納日】</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（滅失届出後に 再発見した場合）</p>
---------	--

受付印

