

健康保険 高齢受給者証 滅失届 (喪失時)

下記の通り申請します。

年 月 日 提出

被保険者情報	被保険者証記号	被保険者証番号	氏名 (フリガナ)	生年月日 年 月 日
	自署してください。			□ 昭和□ 平成
住所 (〒 一)	電話番号(日中の連絡先)			TEL ()

滅失された方	氏名	続柄	生年月日 年 月 日	備考
	昭和			
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日	備考
	昭和			
氏名	続柄	生年月日 年 月 日	備考	
昭和				
氏名	続柄	生年月日 年 月 日	備考	
昭和				

滅失した理由	詳しく記入してください。	滅失の状況	<input type="radio"/> 発生日時 年 月 日 <input type="radio"/> 発生場所 _____
誓約書	私は、本申請書に記載した通り、高齢受給者証を滅失いたしましたが、万一、該当高齢受給者証が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。 被保険者(本人自署)		

※ 高齢受給者証は、クレジットカードと異なり、使用を停止することができません。

最寄りの警察署に届出ください。

事業主欄	上記のとおり被保険者から高齢受給者証 滅失の申請がありましたので届出いたします。 年 月 日			
	(〒 一)			
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主名			
電話	TEL	()		

※ 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

※ 滅失した高齢受給者証が発見された場合には、必ず発見した高齢受給者証を健康保険組合に返納してください。

健保記入欄	返納があった場合の返納日	年 月 日
-------	--------------	-------

常務理事	事務長	担当