

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。			<input type="checkbox"/> 昭和			
住所 (〒 - )			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。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てください。

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	
	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