

健康保険高齡受給者証 滅失・き損 再交付申請書

※ 決 裁 欄	常務理事	事 務 長	業務課長	担 当 者	交付年月日

【 注 意 事 項 】

◎ ◎ ◎
表題、および事業主証明欄は、滅失・き損の該当する項目を○で囲んでください。
き損のために再交付であるときは、その高齡受給者証を添付してください。
再交付後に、滅失した高齡受給者証を発見したときは、その高齡受給者証は使用できませんので、
ただちに返納してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 氏 名				対 象 者 氏 名				続 柄					
	—															
	被保険者等記号・番号がわからないときは「マイナンバー」を記入してください										—					
	被保険者住所		〒 — 電話番号 ()													
	高齡受給者証を滅失・き損した場合はその状況		滅失・き損した日		令和 年 月 日		滅失・き損した場所									
	滅失・き損したときの状況															
うえのとおり、高齡受給者証の再交付を申請いたします。 なお、今後は高齡受給者証を滅失、またはき損することのないよう保管に留意するとともに、滅失した高齡受給者証を発見したときには、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名_____																

令和 年 月 日提出

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	うえのとおり、高齡受給者証を滅失・き損したことに相違ないことを証明いたします。 なお、今後は高齡受給者証の滅失、またはき損することのないよう、当事業所の全被保険者に対し、周知徹底をはかります。 令和 年 月 日 所在地 事業所 名称 事業主 氏 名 電話番号 ()													
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 受 付 印

