

健康保険高齡受給者証滅失回収不能届

常務理事	事務長	次長	業務課長	担当者

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	〒	—	TEL	(		)
--------------------------	---	---	-----	---	--	---

滅失した時の状況 (詳しく)	滅 失 し た 日	1. 令和 年 月 日 ころ 2. 不 明
	滅 失 し た 場 所	
	滅失した時の状況 ※不明の場合は、滅失したと判断した時の状況を詳細に記載してください。	

上記のとおり、高齡受給者証を滅失しました。 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。 年 月 日 被保険者氏名
--

上記のとおり、高齡受給者証を滅失したことに相違ないことを証明いたします。
年 月 日

事業所 所在地
名 称
事業主 氏 名

※ 受 付 印

- 【 注意事項 】
- この届書は、高齡受給者証を滅失したときに記入のうえ、健康保険組合に提出してください。
 - 届出後であっても高齡受給者証を発見したときには、ただちに健康保険組合まで返納してください。

(2024.12)