

令和	年	月	日
課長	係長	係	

健康保険 高齡受給者証 滅失 再交付申請書
き損

高齡

被 保 險 者 欄	健康保険の	記号	番号	
	(フリガナ)		生年月日	資格取得年月日
	氏名	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成 令和
住所				

対 象 者	氏 名	生年月日	続柄	再交付の原因
		昭和 年 月 日 平成 令和		<input type="checkbox"/> 滅失 (紛失) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> き損 (破損・印字かすれ) ※き損した高齡受給者証を添付してください。

申 請 理 由	(滅失又はき損したときの状況を詳しく記入してください。)
	(警察届出: 月 日)

上記に記載したとおり、高齡受給者証を滅失・き損いたしました。今後には十分取扱いに注意します。
なお、滅失した高齡受給者証を発見したときはただちに返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者の氏名

事 業 主 欄	上記の通り、被保険者から高齡受給者証の再交付申請がありましたので申請いたします。 なお、今後は高齡受給者証を滅失又はき損することないよう十分指導いたします。
	事業所所在地 (〒 -)
	事業所名称
	事業主名
電話番号 ()	

受付印

社会保険労務士記載欄