

任意継続被保険者用

健康保険高齢受給者証 滅失
き損 再交付申請書

部長	課長	係長	係

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号 5001	番号		男・女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成	年 月 日	〒 - 電話 ()	
高齢受給者証を滅失・き損した年月日		資格喪失年月日	
平成・令和	年 月 日	平成・令和	年 月 日

高齢受給者証を 滅失・き損した者 ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭平令 年 月 日	男・女	
		昭平令 年 月 日	男・女	
	昭平 年 月 日	男・女		
再交付は必要ですか？ ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要(資格喪失済)			
備考				

上記の通り高齢受給者証を滅失いたしました。この高齢受給者証を発見した時は、ただちに返納いたします。なお、万一これにより事故が発生した場合には責任をもって解決いたします。

令和 年 月 日

被保険者住所 :

被保険者氏名 :

電話電話 : ()

【注意事項】

- ・ 高齢受給者証をき損した場合は、き損した高齢受給者証を添付してください。

受付年月日