常務理事	事務長	係員	係員

## 健康保険高齢受給者証滅失届

健康保険被保険者証の記号		記号			番号					
記号・番号 被保険者氏名		氏名			生年 月日	昭5 • 平7				
被保険者が勤務する事業所の 名称・所在地		名 称				T 1	<u> </u>	i	į	
		所在地								
高齢受給者証を滅失した者の氏名等	氏		名	生 年 月 日			性 别	続 柄		
	被保険者	(氏)		(名)				男 1 · 女 2	本人	
	被扶養者	(氏)		(名)	昭5 平7 令9				男 1 · 女 2	
	被扶養者	(氏)		(名)	昭5 平7 令9				男 1 · 女 2	
	被扶養者	(氏)		(名)	昭5 平7 令9				男 1 女 2	
高齢受給者証を滅失したときの状況 (詳しく記入)										

令和 年 月 日 提出

上の届書に記載したとおり高齢受給者証を滅失いたしましたが、今後は充分取扱いに注意いたします。

なお、高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者の 住所

※ 押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

健保記入欄 発効年月日 年 月 日 有効期限 年 月 日