

健康保険 高齢受給者証 **滅失** 毀損 再交付申請書
 所欄無余白

| | | |
|-------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| 健保使用欄 | | |

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------|-----|-------|
| 被保険者証の記号・番号 | 1 2345 | 被保険者の氏名・印 | 鈴木 太郎 | | |
| 被保険者の現住所 | 〒 240-0023 横浜市保土ヶ谷区岩井町3-2-1 ○○マンション401 | | | | |
| 被保険者の生年月日 | 昭・平・令 24年 5月 6日 | | | | |
| 被保険者が勤務する事業所 | 所在地 | 横浜市中区山下町33 | | | |
| | 名称 | 横浜トヨペット(株) | | | |
| | 資格取得年月日 | 昭和・平成 7年 10月 1日 | | | |
| 再交付該当者 | 氏名(被保険者本人の場合も記入して下さい) | 続柄 | 生年月日 | | |
| | 鈴木 太郎 | 本人 | 昭・平・令 | 24年 | 5月 6日 |
| | | | 昭・平・令 | 年 | 月 日 |
| 再交付申請の理由(滅失した場所や毀損した理由などを出来るだけ詳細に記入して下さい) | 旅行先にて紛失。○月○日に○○警察○○派出所へ届け出済み。 | | | | |
| | | | | | |
| 上記について相違がない場合は、確認欄にチェックをしてください。 | 確認欄 | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 | | | |
| | | ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 | | | |

| |
|-----|
| 無記入 |
|-----|

| |
|---------|
| 健保受付日付印 |
| 健保使用欄 |

【注意事項】

☆標題の「滅失」「毀損」「住所欄無余白」のうち該当する文字を○で囲んで下さい。

☆「毀損」「住所欄無余白」の場合は、その被保険者証を添付して下さい。

☆高齢受給者証の再交付を受けた後、滅失した高齢受給者証が発見された場合は、発見された高齢受給者証を健保組合へ返還して下さい。