

健康保険 高齢受給者証 滅失届

業務部長	適用課長	課長補佐	係長	係

※ 未返納整理簿記載済 No.

(注意事項)

1. この届書は、健康保険の高齢受給者証を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に高齢受給者証を添付して返納することが出来ない場合、もしくは高齢受給者証の更新ないしは検認の際に、高齢受給者証を提出または返納することが出来ない方が、有効高齢受給者証の再交付を受けるために提出するものです。

① 被保険者証及び番号	記号	番号	
② 被保険者氏名・ [㊞]		③ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生
④ 高齢受給者証を滅失した者の氏名・生年月日・続柄等	氏名	生年月日	続柄
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
⑤ 被保険者の現住所	〒		
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和・平成 年 月 日		
⑦ 被保険者が勤務をする(していた)事業所名・所在地	(イ) 名称		
	(ロ) 所在地		
⑧ 高齢受給者証を滅失した理由(詳しく)			

[高齢受給者証発見の際の返納誓約]

上の届書に記載したとおり高齢受給者証を滅失しましたが、この高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者氏名 [㊞]

事業主の証明	上記のとおり、健康保険高齢受給者証を滅失したことに相違ないことを証明します。
	平成 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 [㊞]
電話 () 番	

受付日付印

社労士記載欄	[㊞]
--------	--------------

2. 記載にあたっては、次のことに留意してください。
 イ、③の昭和・平成 ④の昭・平の文字は、それぞれ該当する文字を○印でかこんでください。
 ロ、④欄には、高齢受給者証を滅失した人の氏名・生年月日を記入してください。
 3. ※印の欄は、記入しないでください。