

健康保険 高齢受給者証 滅失届

被保険者等 記号・番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
被保険者氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 <input type="checkbox"/> 令和
被扶養者の高齢受給者証 を滅失したときは、 そのものの者の氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
被保険者の勤務する (していた)事業所	名称	株式会社 健保商事	
	所在地	東京都千代田区丸の内〇〇-〇〇-〇〇	
高齢受給者を滅失 したときの状況	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出			
うえの届出書に記載したとおり、高齢受給者証を滅失いたしました、 今後は十分取扱いに注意します。 なお、この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。			
〒 〇〇〇-〇〇〇〇			
被保険者の住所 東京都港区新橋〇〇-〇〇-〇〇			
被保険者の氏名 健保 花子 健保			
備考	受付年月日		

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄

【注意事項】

- ア. この届出は、健康保険高齢受給者証を滅失し返納することができない場合に提出するものです。
- イ. 生年月日は該当する年号に☑を入れたうえ、年月日をご記入ください。
- ウ. 被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合は不要です。