

常務理事	総務課長	適用係長	係

健康保険 高齢受給者証（滅失・き損）再交付申請書

健康保険被保険者証の記号及び番号		-	
被保険者氏名		性別	生 年 月 日
		男 女	昭和 平成 年 月 日
再交付者氏名		続柄	生 年 月 日
			昭和 平成 年 月 日
			昭和 平成 年 月 日
I. 事業所	名 称		
	所在地		
高齢受給者証を 滅失又はき損し た時の状況		(き損のための申請であるときは、き損した高齢受給者証を添付)	
この度、私の不注意により、上に記載しましたとおり高齢受給者証を滅失いたしました。 今後は、取扱いに充分注意し、万一第三者に渡り悪用された場合は、これに伴う責任は私が 一切負いますので、再交付して下さるようお願いいたします。 なお、滅失した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。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 ⑩ 水産連合健康保険組合理事長 殿			

※ 受 付 日	II. 事 業 主 証 明	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日	
	事業所所在地	
※印欄は記入しないで下さい	事業所名称	
	事業主氏名 ⑩	

※任意継続被保険者の方はⅠの記入及びⅡの証明は不要です。
※被扶養者の場合でも被保険者欄は必ず記入してください。
※盗難による滅失の場合は警察に届け出てください。