健康保険高齢受給者証 滅失 き損 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	㋐ 被保険者の氏名		③ 生年月日	㋑ 性別	㋒ 資格取得年月日
5	300	(氏) 連合	(名) 二郎 連合 印	昭 平 4年 5月 0日 6月 2日 3	男 女	1年 7月 0日 4月 0日 1

㋓ 被保険者の住所	注意事項
東京都×××	・き損のため申請する方は、高齢受給者証を必ず添付してください。 ・紛失した高齢受給者証を発見したときは、直ちに紛失した旧の高齢受給者証を返納して下さい。

再交付申請の対象となる者 ㋕ 氏名		㋖ 生年月日	㋗ 続柄	⑤ 再交付の原因		理由の詳細
(氏) 連合	(名) たま	昭 1年 7月 1日 2月 1日 0	母	滅失	き損	紛失等の理由を詳しく記入して下さい。 平成 26 年 1 月 13 日△△病院に行き、窓口に提示してからなくした。
(氏)	(名)	昭 年 月 日		滅失	き損	
(氏)	(名)	昭 年 月 日		滅失	き損	

屋外での紛失は警察への届出をして下さい。

上記のとおり被保険者から高齢受給者証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は高齢受給者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒＊＊＊－＊＊＊＊ 東京都・・・
事業所名称	△△△株式会社
事業主氏名	住商 太郎 印 ㊞
電話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊞

届出警察署		
○ ○	派出所	
	交番	
	警察署	
届出受付番号	×××××	

住商連合健康保険組

平成 26 年 1 月 15 日 提出