

# 健康保険高齢受給者証 再交付申請書 滅失・き損 届

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担 当 |
|      |     |     |

日野自動車健康保険組合 御中

|                        |  |       |                          |  |  |
|------------------------|--|-------|--------------------------|--|--|
| 被保険者証の記号・番号            |  | 記号    | 番号                       | 令和 年 月 日   |  |
| 被保険者の氏名と印              | 印  |       | 確認欄                      | 自署の場合は、押印を省略することができます。<br>*ただし、訂正があった場合は省略不可<br>(←自署であるため、押印を省略する場合は☑) |  |
|                        |  |       | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 生年月日                   | 昭和<br>平成<br>令和   | 年 月 日 | 被保険者住所                   |  |  |
| 現在勤務している事業所の           | 名 称  |       |                          |  |  |
|                        | 所 在 地  |       |                          |  |  |
|                        | 資格取得年月日  |       | 昭和・平成・令和 年 月 日           |  |  |
| 滅失・き損・盗難等の理由<br>(該当に○) | 1. 在籍<br>2. 退職時  | A. 滅失 | (理由を詳しく記入)               |  |  |
|                        |  | B. 盗難 |                          |  |  |
|                        | C. き損  |       |                          |  |  |
|                        | D. その他   |       |                          |  |  |
| 高齢受給者証を滅失した年月日         | 平成<br>令和   | 年 月 日 | 高齢受給者証を滅失した場所            |  |  |
| 滅失・再交付申請の対象となる者        | 氏 名  |       | 続 柄                      | 生 年 月 日  |  |
|                        |  |       |                          | 昭・平  | 年 月 日  |
|                        |  |       |                          | 昭・平  | 年 月 日  |
|                        |  |       |                          | 昭・平  | 年 月 日  |
| 始末書                    | <p>私事、この度「健康保険高齢受給者証」を(滅失・盗難・き損・その他)したことにつき、貴組合に多大のご迷惑をお掛けした事を、深くお詫び申し上げます。<br/>今後かかる事態を引き起こさぬように、細心の注意を致す所存です。なお、滅失した「健康保険高齢受給者証」が発見された場合は、直ちに貴組合にご返却いたします。<br/>また、万一紛失した「健康保険高齢受給者証」が悪用され、貴組合に損害を及ぼすことがあった場合は、一切の責任を負うことを誓います。</p> |       |                          |  |  |
|                        | 被保険者氏名   | 印     |                          | 確認欄  | 自署の場合は、押印を省略することができます。<br>*ただし、訂正があった場合は省略不可<br>(←自署であるため、押印を省略する場合は☑) |

|          |                          |   |  |  |   |
|----------|--------------------------|---|--|--|---|
| 事業主の証明   | 確認欄                      | この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである<br>①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである<br>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。<br>(←事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑) |  |  |   |
|          | <input type="checkbox"/> |   |  |  |   |
| 令和 年 月 日 |                          |   |  |  |   |
| 事業所所在地   |                          |   |  |  |   |
| 事業所名称    |                          |   |  |  |   |
| 事業主氏名    |                          |   |  |  | 印 |

.....  
受付日付印