

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	記入例

日野自動車健康保険組合 御中

被保険者欄	記号・番号	記号 12 11	番号 1234	令和 6 年 12 月 10 日
	氏名	健保 太郎		確認欄 ☐
	生年月日	昭和 50 年 4 月 1 日		自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は☑)
	勤務先	名称 〇〇〇〇株式会社		〒 191 - 0000 東京都日野市〇〇町1-2-3 コーポ日野△△△号室
		所在地 東京都日野市××町1-1-1	資格取得年月日 昭和・平成・令和 10 年 4 月 1 日	
滅失・き損・盗難等の理由 (該当に○)	A. 滅失 B. 盗難 C. き損 D. その他		(理由を詳しく記入) 保管場所になく、探しても見つからなかった	
高齢受給者証を滅失した年月日	平成 2 年 5 月 1 日		高齢受給者証を滅失した場所	自宅
滅失・再交付申請の対象となる者	氏名	続柄	生年月日	
	健保 花子	母	昭和 23 年 4 月 2 日	
			昭和・平成 年 月 日	
始末書	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。 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。 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。			
	被保険者氏名	健保 太郎	確認欄 ☐	自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は省略不可 (←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 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 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。 (←事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑)
	☐	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	令和 年 月 日 印

受付日付印