

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 主任 | 係員 |
| | | | | | |

健康保険 高齢受給者証 滅失 再交付申請書

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--|----------|------|--|--|-----------|--|--|
| 健康保険被保険者証の記号番号 | | 被保険者氏名 | | 被保険者生年月日 | | 対象者氏名 | | 適用対象者生年月日 | | |
| (記号) | (番号) | (氏名) | | 年 月 日 | (氏名) | | | 年 月 日 | | |
| 再交付理由 | | 発効年月日 | | 有効期限 | | 負担割合 | | 再交付年月日 | | |
| 1. 滅失 2. き損. | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 割 | | 令和 年 月 日 | | |
| 滅失の場合に記入 | 誓 約 書 | | | | | | | | | |
| | <p>東海地区石油業健康保険組合理事長 殿</p> <p>このたび、健康保険高齢受給者証を滅失してしまいましたが、今後このようなことがないように十分注意し、滅失した高齢受給者証を発見した時は、ただちに返納いたします。</p> <p>なお、滅失した高齢受給者証の不正使用が発生した場合は、その損害の一切を私が補償することを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">住所 令和 年 月 日 被保険者 氏 名</p> | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり、被保険者から健康保険高齢受給者証の再交付申請がありましたので届出いたします。</p> <p>なお、今後は高齢受給者証を滅失又は、き損することのないよう十分指導いたします。</p> | | | | | | <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>事業所電話</p> | | | | |

※ 注意 高齢受給者証を滅失・き損のため再交付を受けるときの様式です。き損の場合はその高齢受給者証を必ず添付してください。