

健康保険高齢受給者証 添付不能(紛失)届

常務理事	部長	課長	課長代理	係長	係員

被保険者証	記号		被保険者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	番号							資格取得年月日
現住所	〒 _____ Tel (_____) _____							

申請の対象となる者	氏名	資格喪失・削除年月日	生年月日	性別	続柄	返納できない理由(いつ、どこで紛失したか、状況等を詳しくお書き下さい。)	
			令和 年 月 日	昭和 年 月 日	男・女		
			令和 年 月 日	昭和 年 月 日	男・女		
			令和 年 月 日	昭和 年 月 日	男・女		
			令和 年 月 日	昭和 年 月 日	男・女		

上記のとおり健康保険高齢受給者証をお返しできませんのでお届けします。もし紛失した高齢受給者証を不正に使用された場合は、一切の責任をとり貴組合にはご迷惑をお掛けいたしません。

【事業主記載欄】 事業主の確認により本人署名の省略をした場合は、□に✓を付してください。

本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業主の証明	上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出いたします。なお、今後は健康保険高齢受給者証の回収不能のないよう注意するとともに、万一紛失保険証によって保険給付事故発生の場合、事業主において責任を持ってその解決に協力いたします。	
	事業所所在地	〒 _____
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	(_____) _____

受付日付印