

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 高齢受給者証 紛失届 (紙様式の紛失届)

この用紙は高齢受給者証を紛失した方が使用する申請書です。

【以下の太枠内をご記入ください。】

被保険者証の 記号・番号	記号 番号		被保険者氏名	
被保険者の 生年月日	昭・平 年 月 日		事業所名 (会社名)	
申請する該当 者	氏名		続柄 ()	
届出の事由(できるだけ詳しく記入してください。)				
うえのとおり、被保険者証を紛失したのでお届けします。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。				
平成 年 月 日				
被保険者 { 住所 氏名				
(印)				

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

上記届出の事由を調査したところ相違ないので証明します。

平成 年 月 日

事業所の { 名称
所在地

事業主の氏名

(印)

受付日付印

リクルート健康保険組合殿