

# 健康保険高齡受給者証 減失届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

① 健康保険 被保険者証の記号	② 健康保険 被保険者証の番号	ア 被保険者の氏名 (氏) (名) (印)	③ 生年月日 昭5・平7 年 月 日	イ 性別 男1 女2	ウ 資格取得年月日 年 月 日
エ 被保険者の住所			オ 備考		

減失の対象となる者	④※被扶養者番号	カ 氏名 (氏) (名)	キ 生年月日 昭5・平7 年 月 日	ク 性別 男1 女2	ケ 続柄	⑤ 高齡受給者証を返納できない理由
		(氏) (名)	昭5・平7 年 月 日	男1 女2		
		(氏) (名)	昭5・平7 年 月 日	男1 女2		
		(氏) (名)	昭5・平7 年 月 日	男1 女2		
		(氏) (名)	昭5・平7 年 月 日	男1 女2		

令和 年 月 日 提出

受付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話	( ) -