

年 月 日

りそな健康保険組合 御中

## 健康保険 高齢受給者証滅失届

被 保 険 者	記号		番号	
	氏名			性別 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生		
	事業所の名称	部 ・ 支店 Tel. ( ) - ( ) - ( )		
対 象 者	氏名		性別 男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日生	続柄	
	住所	〒 -		
高齢受給者証を滅失した理由 (下記※参照)				
高齢受給者証を滅失いたしましたのでお届けいたします。今後はかかることのないように注意し、後日発見した場合は、直ちに返納いたします。 なお、本件に関しましては私において一切の責任を負い、貴組合に対してはいささかもご迷惑をお掛けいたしません。  被保険者氏名 (自署)				

※ 滅失理由は下記の事項を含めて詳しく記入のこと

- ① 最終確認日 (高齢受給者証を最後に確認した日)
- ② 滅失と気付いた日
- ③ その後、発見に努めた経過等

【健保使用欄】

	年 月 日	
常務理事	検印	担当