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	〒　　－			
再交付の要否		要　・　否	※マイナ保険証をお持ちの場合、高齢受給者証は不要です。		
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