

健康保険被保険者証・高齢受給者証  
減失（き損）届

|      |     |     |      |     |   |
|------|-----|-----|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 |
|      |     |     |      |     |   |

届出書類の種別      ☐ 健康保険被保険者証      ☐ 高齢受給者証

|                |    |    |         |  |
|----------------|----|----|---------|--|
| 被保険者等の<br>記号番号 | 記号 | 番号 | 被保険者の氏名 |  |
|                |    |    |         |  |

|                      |                                                           |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|
| 被保険者の<br>住 所<br>電話番号 | 〒<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>電話      -      - |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|

| 減失・き損した方の氏名等 |  |     |                                              |                                                                   |    |
|--------------|--|-----|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----|
| 氏 名          |  | 続 柄 | 生 年 月 日                                      | 証 種 別                                                             | 備考 |
|              |  |     | 5. 昭和      年      月      日<br>7. 平成<br>9. 令和 | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 高齢受給者証 |    |
|              |  |     | 5. 昭和      年      月      日<br>7. 平成<br>9. 令和 | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 高齢受給者証 |    |
|              |  |     | 5. 昭和      年      月      日<br>7. 平成<br>9. 令和 | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 高齢受給者証 |    |
|              |  |     | 5. 昭和      年      月      日<br>7. 平成<br>9. 令和 | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 高齢受給者証 |    |
|              |  |     | 5. 昭和      年      月      日<br>7. 平成<br>9. 令和 | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 高齢受給者証 |    |
|              |  |     | 5. 昭和      年      月      日<br>7. 平成<br>9. 令和 | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 高齢受給者証 |    |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 上記のとおり被保険者から減失・再交付の申請がありましたので届出します。 |   |
| 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

|                   |
|-------------------|
| 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 |
|                   |