

督促	年	月	日
返納	年	月	日

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

### 健康保険高齢受給者証滅失届（任継用）

被保険者等の記号番号		.									
被保険者（であった者）の氏名		住所									
回収不能等の対象者	氏名		生年月日					性別	続柄	高齢受給者証を滅失した理由	備考
	被保険者	(氏)	(名)	昭	令				男・女	本人	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令				男・女		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令				男・女		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令				男・女		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令				男・女		

上記の者について、高齢受給者証を滅失したため届出します。なお、高齢受給者証を発見した場合はただちに返納します。

令和 年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※この届は高齢受給者証を滅失した場合に提出するものです。