

担 当	課 長	事務長	常務理事
-----	-----	-----	------

## 健康保険高齡受給者証滅失届

被 保 険 者 証 記 号 番 号	—	被保険者（であった者） の氏名及び生年月日	昭和 平成	年	月	日生			
事 業 所 名 称		事 業 所 所 在 地							
資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	資 格 喪 失 年 月 日	平成	年	月	日（*喪失時のみ記入）
す 滅 る 失 事 に 項 関	滅失した者の氏名	被保険者 との続柄	滅 失 年 月 日		滅 失 理 由（詳細に記入すること）				
			平成		年	月	日		

平成 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

上記相違なく、もし高齡受給者証を自身、若しくは家族が不正使用した場合は一切の医療費を自費負担し、刑法により処罰されることを承知の上、ここに違法行為のないことを誓約します。また、高齡受給者証を発見した場合は、直ちに返納します。

住 所  
被 保 険 者 氏 名 ㊟

今後、今まで以上に高齡受給者証の回収に十分注意します。

住 所  
事業主であった者 事業所名 ㊟

参 考

平成 年 月 日

スズキ健康保険組合 理事長 殿

住所  
被保険者  
氏名

㊤

健康保険高齢受給者証滅失届〔差替時用〕

被保険者証 記号番号	記号	番号	事業所名称	
滅失に 関する 事項	滅失した方 の氏名		被保険者 との続柄	
	滅失年月日	平成 年 月 日	滅失理由 (詳細記入)	
	誓 約	以上に相違なく、仮に高齢受給者証を不正に使用した場合は、医療費を負担する他、 刑法の処罰を承知の上、違法行為のないことを誓約します。 また、高齢受給者証を発見した場合は、直ちに返納します。		

担 当	課 長	事務長	常務理事	受 付 印
-----	-----	-----	------	-------