

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

健康保険高齢受給者証滅失届

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・平・令 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 ・ 令 和 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	平 成 ・ 令 和 年 月 日（*喪失時のみ記入）
す 滅 失 事 項 に 関	滅失した者の氏名	被保険者 との続柄	滅 失 年 月 日
			平 成 年 月 日 令 和
<p>令和 年 月 日</p> <p>スズキ健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記相違なく、もし高齢受給者証を自身、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、高齢受給者証を発見した場合は、直ちに返納します。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>被 保 険 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>住 所</p> <p>事業主であった者</p> <p>事業所名</p> </div> </div> <p>今後、今まで以上に高齢受給者証の回収に十分注意します。</p>			

※記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。