

常務理事	事務長	係	係

健康保険高齢受給者証 滅失 き損 滅失届 再交付申請書

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
記 号	番 号			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	
再交付を希望するまたは滅失した証 (該当する方に✓を記入してください)		<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分 → 該当者について下記を記入			
該当するものが被扶養者の場合に記入 (続柄は詳しく記入してください)		被扶養者氏名		生年月日	
				昭和	年 月 日
				昭和	年 月 日
再交付理由 (滅失した場所やき損させた理由などを できるだけ詳しく記入してください)					
確認欄 (右記をご確認の上、□欄に ✓を入れてください)		<input type="checkbox"/> この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 <input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 <input type="checkbox"/> ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。			

※個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

受付印

滅失：受給者証を紛失し再交付する場合
 き損：受給者証を破損させるなどして再交付する場合
 （き損した受給者証を必ず添付してください）
 滅失届：資格喪失時に受給者証を紛失して返却できない場合

滅失
 き損
 滅失届

健康保険高齢受給者証 再交付申請書

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
記号	番号	健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	50 年 8 月 6 日
	999	番号	999999	<input type="checkbox"/> 平成	
再交付を希望するまたは滅失した証 (該当する方に✓を記入してください)			<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者分 → 該当者について下記を記入		
該当するものが被扶養者の場合に記入 (続柄は詳しく記入してください)			被扶養者氏名	生年月日	続柄
			健保 一郎	昭和 26 年 3 月 23 日	父
再交付理由 (滅失した場所やき損させた理由などを できるだけ詳しく記入してください)			3/17買い物中に財布を滅失した。 中に高齢受給者証も入っていたため同時に滅失 △△警察署に届出済み		
確認欄 (右記をご確認の上、口欄に ✓を入れてください)			この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 <input checked="" type="checkbox"/> ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。		

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

受付印