

健康保険高齡受給者証 「滅失届」兼「再交付」 申請書

| | | | |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 係 |
| | | | |

※紛失による再交付の場合は、1枚につき1,000円必要です。

| | | | |
|---|----------------------------------|-----------------|--|
| ① 高齡受給者証の 記号番号 | — | 届出の 種類 | 再交付:(滅失・毀損) 滅失届 <input type="checkbox"/> 該当に○ |
| ② 被保険者名 氏名 | | ③ 被保険者の 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| ④ 被保険者の資格 取得年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | ⑤ 被扶養者の 有無 | 有(人)・無 |
| ⑥ 被保険者の勤務して いる事業所の名称 (出向元又は派遣元) | 事業所 名称 | | 部署名(内線) |
| ⑦ 高齡受給者証を滅 失・毀損したときの 状況 (紛失した場所や理 由をできるだけ具体 的に記入する) | 遺失物届出日(紛失・盗難の場合) | | 届出場所と届出番号 |
| | 令和 年 月 日 | 警察署・交番 | 届出番号 |
| ⑧ 再交付を希望する 高齡受給者証について | ・被保険者分 ・被扶養者分 → 該当者について下記⑨を記入 | | 再交付申請枚数 計 _____ 枚 |
| ⑨ 被扶養者分を 再交付する場 合は該当被扶養 者の氏名等を記入 | 被扶養者氏名 | 続柄 | 生年月日 |
| | | | 昭和・平成 年 月 日 |
| | | | 昭和・平成 年 月 日 |
| ⑩ 【念書】 上記の届出書に記載したとおり、高齡受給者証(被保険者分・被扶養者分)を滅失又は毀損いたしました が、万一事故がありました場合は責任をもって弁償いたします。 今後は、取り扱いに、充分注意いたしますので、再交付をお願いいたします。 なお、滅失した高齡受給者証(被保険者分・被扶養者分)を発見したときは、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 提出 被保険者の住所 連絡先: 氏名 _____ | | | |

【注意事項】

- 毀損(汚れ・破れ)により高齡受給者証を再交付する場合は、この届出に該当高齡受給者証を添付し事業所宛(任継・特退の方は健保組合)に提出してください。再交付料は無料です。
- 紛失により高齡受給者証を再交付する場合は、再交付料として1枚につき1,000円を徴収いたします。
なお、第三者に悪用される恐れがありますので、必ず警察に届出の上、上記に記載してください。
- この届出は消えないボールペンで記入してください。

【再交付(紛失の場合)の手順】

(毀損の場合は、この届出書に毀損した高齡受給者証を添付し、事業所の社会保険担当者宛に提出してください。)

- この届出を事業主の社会保険担当者宛に提出してください。事業所は事業主の証明欄検認後、健保へ提出してください。
※特退・任継の方は健保まで直接送付ください。

2.同時に、紛失による高齡受給者証を再交付の場合は、再交付料1枚につき1,000円を下記の口座にお振り込みください。

三井住友銀行 神田支店 普通 7103662 博報堂健康保険組合 (振込後の返金はできません)

振込は必ず 被保険者名 でお願います。(被保険者以外のお振込みの場合は、確認ができず、再交付できません)

- この届出と入金を当健保で確認後、1週間程度で高齡受給者証を再交付します。
交付期間中に「健康保険資格取得証明書」(仮保険証)の交付(交付後5日間のみ有効証)が必要な方は、各事業所社会保険担当者(任継・特退の方は健保組合)へご連絡ください。

| | |
|---------------------|---|
| ⑪ 事業主 の証 明 | 上記のとおり被保険者から高齡受給者証(被保険者分・被扶養者分)の再交付申請がありましたので、提出いたします。 なお、今後は高齡受給者証(被保険者分・本人分)を滅失または毀損することがないように充分指導いたします。 ※特退・任継の方は記入不要です。 |
| | 所在地 |
| | 名称 |
| | 事業主氏名 |
| | 電話番号 |

健保受付日印