

常務理事	事務長	担当

健康保険 高齢受給者証 滅失 毀損 再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号番号	記号	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格取得 年 月 日	平成 令和	年	月	日	
		番号											
	被保険者 氏名	フリガナ			被保険者 住 所 電話番号	〒							
		(自 署)											
	コーポレートID												
	事業所名												
	部署名					電話	()						
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失	紛失・盗難・資格喪失時(年 月 日)										
		2. 破損	印字のかすれ等										
		3. その他	(理由)										
	再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない											
	該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分											
	該当者が被扶養者 の場合記入	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日					
		フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日					
フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
滅失の場合はその場所	1. 自 宅 2. 自 宅 以 外 ()→警察への届出必須												
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	令和	年	月	日	No				
滅失又は破損した ときのその状況	※できるだけ具体的に詳しくご記入ください												

◎高齢受給者証の破損のための再交付申請であるときは、破損した高齢受給者証を、この申請書に添付してください。

高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)	
上記の申請書に記載したとおり、高齢受給者証を滅失いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。 なお、高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 滅失した高齢受給者証等によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。	
令和	年 月 日 被保険者氏名

添付書類 令和 年 月 日提出
1. 任意継続被保険者の場合は、本人確認のために被保険者の運転免許証(写)またはパスポート(写)を
かならず添付してください。
2. 毀損による再交付を希望する場合は毀損した高齢受給者証を添付してください。

受付日付印

【提出先】
〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 浜松町ビルディング
シミックグループ健康保険組合 宛

シミックグループ健康保険組合