

{
}

高齢受給者証
限度額適用認定証

滅失届 兼 再交付申請書

年 月 日提出

事業所名		所属部署	
保険証の 記号番号	(記号) (番号)	被保険者 氏 名	

(フリガナ) 対象者氏名 :	続柄
生年月日 : 昭・平・令 年 月 日	
滅失の理由 (該当事由を○で囲む) ①紛失 ②盗難 ③焼失	
申請対象	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
再交付を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

誓約書	<p style="text-align: center;">ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">上記の通り、高齢受給者証・限度額適用認定証を紛失しました。 今後は再発なきよう管理を徹底するとともに、同証を発見した際には 遅滞なく返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名: _____ (印)</p>
-----	---

被保険者のマイナンバー記載欄 ※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												

事業所確認 (社会保険担当部署)	係		長

健保組合 処理	係	事務長	常務理事