

常務理事	事務長	担当者

高齡受給者証再交付申請書（滅失・き損）

被保険者等 記号・番号	—	事業所の 名称				
被保険者の氏名						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
再交付が必要な 高齡受給者証	本人 ・ 家族 (氏名： 分)					
	生年月日	昭和	年	月	日	性別
届出の事由 (詳しくご記入 下さい)						
誓約	被保険者証につき悪用（サラリーローンや医療費の不正請求等）された場合 貴組合に対し一切の賠償責任を負うことを確約いたします。					
上記により再交付をお願いします。						
令和 年 月 日						
大和ハウス工業健康保険組合理事長殿						

上記の通り被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。なお 今後は高齡受給者証を滅失またはき損することのないよう十分指導致します	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

受付日付印

- 【注意事項】
- * き損の場合はその高齡受給者証を添付願います。
 - * 高齡受給者証の再交付を受けた後、滅失した高齡受給者証が発見された場合は、発見された高齡受給者証を健康保険組合へ提出願います。
 - * 滅失された高齡受給者証は、記号・番号を停止・変更することはできません。
 - * 退職されている方（記号901・905）は本人確認の為運転免許証・パスポート等の写し添付してください。