

同年月日		令和 年 月 日		
常務理事	事務長	次長	課(係)長	係

## 健康保険高齡受給者証滅失届

愛知県信用金庫健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

被保険者証記号番号		-			
被保険者	氏名		事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日		所在地	
適用対象者	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女	
滅失した理由(詳しく記入してください)					
上記届書に記載したとおり、高齡受給者証を滅失しましたが、この高齡受給者証を発見したときはただちに返納いたします。					
被保険者氏名					印

上記届出のとおり、相違ないことを証明します。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印

