統一書式（17.10.01更新）
申請日　平成 29 年 11 月 1 日

高齢受給者証　滅失・き損届/再交付申請書

記入例

常務理事	事務長		担 当

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 1　番号 1234×	個人番号 ※記号番号未記入時のみ	*12桁
	被保険者氏名と印	健保　太郎　㊞	生年月日	☑昭和 □平成 25 年 1 月 11 日
	被保険者住所	〒 111-○○×× 東京都台東区松が谷○-△-×　SPKマンション701	電話	03 （ 3333 ） ××××
	所属部署名及び電話	マルハン松が谷店	電話	03 （ 6666 ） ××××

申請する方の氏名	生年月日		再交付の理由に ✓	再交付を希望する場合は ✓
健保　太郎	☑昭和 □平成	25 年 1 月 11 日	☑滅失　□き損	☑希望する　□希望しない
	□昭和 □平成	年　月　日	□滅失　□き損	□希望する　□希望しない

滅失・き損（破損）した際の状況について（わかる範囲で記入してください）

日時：平成 29 年 10 月 31 日
場所：東京駅構内
状況：財布に入れていてスイカを使った時に財布ごと落としたものと思います。

■高齢受給者証再交付時の注意事項■

※被保険者証を滅失、盗難の場合は、第三者に悪用されることも考えられるため、警察への届出をしてください。

※滅失した被保険者証を発見した時は、速やかに返納してください。また、き損の場合は、き損した保険証を添付してください。

※再交付の申請をする場合は、被保険者の方の本人確認が必要な為、顔写真付きの身分証明書が必要です。

（免許証の写し、パスポートの写し、マイナバーカードの写しなど、いずれか一点。これらの証明書がない場合には、住民票の原本）

事業主の証明

上記の申請について相違ないことを証明いたします。なお、今後は被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

平成　年　月　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　㊞
電話

受付日付印

提出代理者　㊞

社員番号：123456△
所属・店舗名　マルハン松が谷店

〔書類の流れ〕 店舗（本人記入・捺印）→SATO社会保険労務士法人（原本）→マルハン健康保険組合
〔店舗保管の有無〕 無し