

※該当する方にチェック

健康保険高齢受給者証

<input type="checkbox"/>	再交付申請書（紛失・毀損したとき）
<input type="checkbox"/>	滅失届（資格喪失時に提出できないとき）

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	記号	番号	住所 〒		
			フリガナ 氏 名		
	事業所名		所属部室店名	勤務先電話番号	
			(行内メール気付、入居ビル名等)		
再交付を申請する理由（いずれかに○）			1. 滅失 2. 毀損（毀損した高齢受給者証を添付のこと）		
申請対象者			続柄	該当者氏名	

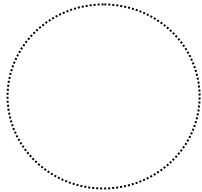
※必須

再交付・滅失の事由

紛失した年月日	平成・令和 年 月 日	紛失した場所	
紛失した状況を右欄へ詳しくご記入ください ※自宅以外で紛失した場合は警察への届出をお願いいたします。	① 届出警察署等の名称 _____ ② 警察紛失届受理番号 _____ ③ 紛失状況： ※紛失した高齢受給者証を後日発見した場合は直ちに返納することを約束します。		
資格喪失年月日（滅失届の場合のみ記入）	平成・令和 年 月 日	（退職日翌日を記入）	

※必須

上記申請について相違ないことを証明します。

事業主の証明	所在地		事業主印 
	事業所名称		
	事業主の氏名		
	※事業主印は役職印を押印してください。（個人印不可）		

事業主印：FG, BK, TB…支店→支店長、本部→所属部長 SC, RT…人事部長
 関連会社の方は、事業所健保担当部署で証明を受けてください。

備考欄

受付日付印

みずほ健康保険組合事務処理欄	処理日	常務理事	事務長	次長	係員