

この届書で証の再交付は受けられません。
再交付を受けたい場合は、各証の再交付
申請書をご使用ください。

常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	-----	----	----	----

健康保険〔高齡受給者証 限度額適用認定証〕滅失届

川崎重工業健康保険組合理事長 殿

この度、高齡受給者証 限度額適用認定証 を滅失しましたのでお届けします。
なお、滅失しました証については、万一事故が起こった場合は私が全責任を負いますとともに、
滅失証を発見したときは遅滞なく返納いたします。

平成 年 月 日

被 保 険 者	記号	番 号	氏 名	生年月日(和暦)			性別	
			①	昭和	年	月	日	1. 男
				平成				2. 女
	住 所			電 話 番 号				
	〒 -			- -				

【以下、滅失した証(高齡受給者証・限度額適用認定証)について記入してください。】

<input type="checkbox"/> 高齡受給者証	高齡受給対象者 氏 名	滅失年月日(和暦)			滅 失 理 由 (警察届出状況等、詳しくは裏面に記入のこと)
		年	月	日	
①		平成			
②		平成			

<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	限度額適用対象者 氏 名	滅失年月日(和暦)			滅 失 理 由 (警察届出状況等、詳しくは裏面に記入のこと)
		年	月	日	
①		平成			
②		平成			

事業所所在地	〒 -
事業所名	
事業主名	
電 話	() 局 番

受付日印

〔印〕