

常務理事		事務長		課長		係長		係	
------	--	-----	--	----	--	----	--	---	--

健康保険 高齢受給者証 滅失届・再交付申請書

記号		番号			滅失理由												
被保険者	氏名					事故発生	年月日	令和 年 月 日									
	生年月日	○ 昭和	年	月	日		場所										
対象者	氏名					<p>以上のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>											
	生年月日	5 昭和	年	月	日												
資格喪失や被扶養者の削除で高齢受給者証を紛失の場合は下の喪失年月日または、削除年月日を記入して下さい。																	
資格喪失又は削除年月日	令和	年	月	日													

上記のとおり届け出しますから(再交付)お願いします。

令和 年 月 日 提出

新潟県農業団体健康保険組合理事長 様

被保険者住所	
被保険者氏名	