健保組合	常務理事	事務長		担 当	健保窓口		担 当

高齢受給者証 滅失届・再交付申請書

全日本空輸健康保険組合理事長　　殿

事由発生日	令和　　年　　月　　日

健康保険証記号・番号	記　号	番　号	被保険者氏名	印
住所 電話番号 (連絡先)	（　　）　　－			
事業所名		所属		
再交付該当者名 (複数の記入可)				

滅失理由 （該当事由に○）	○1．滅失　（ ○盗難　○遺失　○焼失　○紛失 ）		
	届出をした警察署	名称	署　　派出所
		届出日時	月　　日　　時頃
		番号	号
	○2．その他　（　　）		
事 由 （発生時の状況）			

上記記載の通り、高齢受給者証を滅失いたしましたが、今後は充分に取扱いに注意致します。
なお、この高齢受給者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

年　月　日 提出　　被保険者氏名　　印

事業主証明	上記の申請について、相違ないことを証明します。 事業主所在地 事業　名称 事業主 氏名 電話　　印