

常務理事	事務長	担当者

被保険者	記号		番号		氏名	
	住所	〒 ー				

適用対象者 氏 名		適用対象者 生年月日	昭和	年	月	日
滅失した日	令和	年	月	日	滅失した 場所	
滅失時の 状 況						
上記のとおり、高齢受給者証を滅失いたしました。今後は取り扱いに十分注意をいたします。 なお、高齢受給者証を発見したときは、直ちに返納いたします。 被保険者住所 被保険者氏名 電 話 番 号 ()						

事業主証明欄	上記のとおり被保険者から高齢受給者証滅失の申出がありましたので提出いたします。 なお、今後は高齢受給者証を滅失することのないよう十分指導いたします。			
	令和 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号 ()				

受付目付印