至　事業所健保窓口経由　三井住友トラストグループ健康保険組合

高齢受給者証滅失届

被保険者 氏　名		記号		番号		被保険者 生年月日	昭 平　　年　　月　　日
被保険者 住　所							
対象者	□ 本人分 □ 家族分 → 該当の被扶養者氏名　〔　　〕						
申請理由	□ 滅失	※高齢受給者証の再交付は行いません。一部負担金の割合は、マイナ保険証もしくは資格確認書で確認できます。					
	□ 毀損	※き損の場合は、高齢受給者証を添付のうえ、ご提出ください。					

上記について相違ないことを証明します。

事業主(住所・氏名)
・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。

常務理事	事務長	担当者

受付日		処理日	