

常務理事		

健康保険 高齢受給者証再交付申請書

① 被 保 険 者	被保険者 記号番号	フ リ ガ ナ 氏 名		生 年 月 日				性別
	記号			昭和 平成	年	月	日	男
	番号							女
	連絡先 (電話番号)	(自宅) - - (携帯) - -						

②再交付 の事由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	③滅失・き損したとき の状況または理由		④再交付 の対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
-------------	--	------------------------	--	--------------	--

⑤ 対 象 者 が 被 扶 養 者 の と	フ リ ガ ナ 氏 名	生 年 月 日				性別	続柄	備 考
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		

令和 年 月 日 上記のとおり再交付を申請します。

[受 付 印]

なお、今後は滅失又は、き損することのないよう注意するとともに失った高齢受給者証を発見したときは、ただちにお返しいたします。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	()
----------------------------------	-----

【記入上の注意】

- ②の□は、該当する交付事由に✓を入れてください。また、④の□は、再交付の対象者に✓を入れてください。
- この申請書において、被保険者が氏名を自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。
※健康保険被高齢受給者証の「き損」による申請をする場合は、その健康保険高齢受給者証を添付してください。