

高齢再交付

常務理事	事務長	課長	係	担当

健康保険高齢受給者証 滅失 再交付申請書

健康保険者 の 被保険者 証 番号	健康保険者 の 被保険者 番号	被保険者の氏名		生年月日			
		(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日
被保険者の住所				備考			

健康保険 高齢受給者証の再交付が必要な方	チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日				性別	続柄	再交付の理由
	<input type="checkbox"/>	被保険者（本人分）	/						滅失・き損
必要 な 場 合 （ 氏 名 等 を 記 入 ） の 被 保 険 者 証 が			昭和	年	月	日	男・女	滅失・き損	
			昭和	年	月	日	男・女	滅失・き損	
			昭和	年	月	日	男・女	滅失・き損	
			昭和	年	月	日	男・女	滅失・き損	
備考									

上記のとおり高齢受給者証の再交付について申請します。

令和 年 月 日 届出

被保険者から健康保険高齢受給者証の再交付申請がありましたので、提出いたします。 なお、今後は高齢受給者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。	
〒	—
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	— —

受付日付印