

健康保険 高齢受給者証再交付申請書

健保組合提出用

令和 年 月 日提出

事業所記入欄	事業所整理記号	
	事業所所在地	届書記入の番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名 電話番号	()

--	--	--

社会保険労務士記載欄
氏名等

厚生労働省より令和元年8月30日事務連絡にて、被保険者本人による署名又は押印を省略することが出来ることになりましたが、事業所にて作成する場合は、必ず被保険者氏名を入力してください。(押印は不要)
(注意)申請書下部の確認欄を必ず確認上、該当項目にチェック☑を入れてください。

被保険者欄	被保険者整理番号	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 -			取得年月日	昭和 平成 令和	年	月

再交付が必要な方	続柄	再交付が必要な方の氏名		生年月日				性別	再交付理由
	被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他	

申請理由(詳しく)		屋外での滅失、盗難による場合 届出の警察署・交番名等
-----------	--	-------------------------------

確認欄	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
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

受付印
