

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

1. この届書は、健康保険の高齢受給者証を滅失・き損したため、再交付を受ける際に提出してください。
2. ①の昭和・平成の文字は、該当する文字を○で囲んでください。性別欄は該当する箇所に提出してください。
3. ②の再交付する者の氏名等は、該当する文字を○で囲んでください。
4. 再交付の理由が「1. 滅失」の場合は記入してください。
5. 再交付の理由が「2. き損」の場合は、返納誓約欄に署名、押印してください。

① 被保険者の氏名・住所等	被保険者証の記号番号	-		
	被保険者の氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者の住所	〒	—	電話 自宅： 携帯：
	② の再交付する者の氏名等	氏名	生年月日	性別
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	生年月日	性別	続柄
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
再交付の原因	1. 滅失 2. き損 3. その他 ※き損した高齢受給者証を添付して下さい			
再交付の理由 (詳しく)				
※再交付の理由が「1. 滅失」の場合は記入してください。 令和 年 月 日				
[高齢受給者証発見の際の返納誓約]				
上の届書に記載したとおり高齢受給者証を滅失しましたが、この高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。				
被保険者氏名 _____				

事業主が証明するところ	上記のとおり、被保険者から高齢受給者証の再交付申請がありましたので提出致します。 今後は高齢受給者証を紛失またはき損等することがないように十分指導します。
	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

社会保険労務士の提出代行者

【健康保険組合処理欄】							
発行年月日	令和	年	月	日	再交付年月日	令和	年 月 日
有効期限	令和	年	月	日	負担割合		割