

高齢受給者証

減
失
き
損

再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険被保険者証の 記号	健康保険被保険者証の 番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得年月日
		(氏)	(名)	昭5 平7	男1 女2	年 月 日
被保険者の住所				備考		

再 交 付 申 請 の 対 象 と な る 者	④※被扶養 者番号	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	健保 確認印
	(氏)	(名)	昭5 平7	年 月 日	男1 女2	
.....	(氏)	(名)	昭5 平7	年 月 日	男1 女2		
.....	(氏)	(名)	昭5 平7	年 月 日	男1 女2		
.....	(氏)	(名)	昭5 平7	年 月 日	男1 女2		
.....	(氏)	(名)	昭5 平7	年 月 日	男1 女2		

上記のとおり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届出いたします。
なお、今後は高齢受給者証を滅失又は、き損することのないよう充分指導いたします。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	(局)	番

社会保険労務士の提出代行者印	
	印