

部長	課長	主任	係

健康保険高齢受給者証再交付申請書

(注意事項)

〇〇被保険者となったため、被保険者が自ら署名する場合は、き損となつた高齢受給者証を添付ください。

健康保険証の 記号 番号		被保険者氏名	被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日
-----------------	--	--------	-----------------------------

◎再交付申請の対象となる人 ◆該当箇所を■にしてください

<input type="checkbox"/>	被保険者 ※上記に同じ	原因	滅失・き損
<input type="checkbox"/>	世帯全員	原因	滅失・き損
<input type="checkbox"/>	被扶養者 ※対象となる家族を下記に記入してください。		
	被扶養者氏名	被扶養者の生年月日	続柄 原因
		昭和・平成・令和 年 月	
		昭和・平成・令和 年 月	滅失・き損
		昭和・平成・令和 年 月	滅失・き損
		昭和・平成・令和 年 月	滅失・き損

◎高齢受給者証を滅失したときの状況をできるだけ詳しく記入してください。

うえの届書に記載したとおり、高齢受給者証を滅失・き損いたしましたが、今後は十分取り扱いに注意します。
なお、滅失した高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者の住所

氏名

(印)

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。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地		受 付 印
事業所名称		
事業主氏名	(印)	
電 話	()	

社会保険労務士の提出代行印	
	(印)