

健康保険 被保険者証 (高齢受給者証) 再交付申請書

被保険者(申請者)記入用

| | | | |
|------|-----|---|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課 | 記入例 |
| | | | |

| | | | | | | |
|-------------|--------------|--------------------------|------------|--|------------------|-------------------|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の(右づめ) | 記号 ○○○ | 番号 ○○○○ | 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 ○○○ | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) デンセツ タロウ 電設 太郎 | | | 自署の場合は押印を省略できます。 | |
| | 住所 | (〒 ○○○ - ○○○○) | | | ○○ 都道府県 | ○○市 ○○区 ○○町 ○-○-○ |
| | 電話番号(日中の連絡先) | TEL ○○○ (○○○) ○○○○ | | | | |

| 再交付が必要な方 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 再交付の理由 | |
|----------|-------|--|-------------|---|--------|---|
| | 電設 花子 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | ○○年 ○○月 ○○日 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 妻 | <input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| 備考 | | | | | | |

上記のとおり健康保険被保険者証(高齢受給者証)の再交付について申請します。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

| | | | |
|------|--|------------------|------------------------------|
| 事業主欄 | 上記被保険者から健康保険被保険者証等の再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は健康保険被保険者証等を滅失又はき損することがないように十分指導致します。 | | 任意継続被保険者の方は、 事業主欄は記入不要です。 |
| | 事業所所在地 | △△県 △△市 △△町 △△番地 | |
| | 事業所名称 | △△ 株式会社 | |
| | 事業主氏名 | ○○○ ○○○ | |
| | 電話 | ○○○ (○○○) ○○○○ | |

代表者印

| | |
|-----------------------|---|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 | 印 |
|-----------------------|---|

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|