

健康保険 高齡受給者証 再交付申請書

被保険者(申請者)記入用

常務理事	事務長	課長	係

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		
	氏名・印	(フリガナ)				
	住所	(〒 -) 都 道 府 県				
	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
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女		☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女		☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女		☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女		☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女		☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
備考					

上記のとおり健康保険高齡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高齡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、今後は健康保険高齡受給者証を滅失又はき損することがないよう十分指導致します。		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		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話	()	

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

受付日付印
