

健康保険

高齢受給者証

減き 失損 再交付申請書

常務理事	部長	課長	係長	係	公印使用

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日			資格取得年月日				
			昭5	年	月	日	昭5	年	月	日
			平7				平7			
							令9			
被保険者の住所							確認欄			
〒()							<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。		

再交付が必要な方	被保険者	氏名	生年月日			続柄	再交付の理由	備考	
			上記に同じ			本人	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 <small>き損した高齢受給者証を添付してください。</small>		
	被扶養者		昭5	年	月	日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 <small>き損した高齢受給者証を添付してください。</small>	
			昭5	年	月	日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 <small>き損した高齢受給者証を添付してください。</small>	
		昭5	年	月	日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 <small>き損した高齢受給者証を添付してください。</small>		

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届出いたします。

〒()

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ()

令和 年 月 日 提出

受付目付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄