

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者等 記号番号	記号	番号	被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
---------------	----	----	------------------	----------------	---	---	---

被保険者氏名	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
--------	---------------	----------	---	---	---

被保険者の住所	〒 -
---------	-----

滅失またはき損したときの状況

再交付の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日	再交付するもの	再交付の原因
			上記に同じ	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損

再交付の対象となる者	被扶養者欄	氏名	生年月日	再交付するもの	再交付の原因	
			昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
			昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
			昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
			昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損

【注意事項】

- 「滅失またはき損したときの状況」欄は詳細にご記入ください。
- 「再交付するもの」欄は☑をいれてください。
- 「再交付の原因」欄は該当する原因に☑をいれてください。