

健康保険 被保険者証 再交付申請書

高齡受給者証

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者証の記号と番号	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"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齡受給者証	<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"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齡受給者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
			昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齡受給者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
			昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齡受給者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
		昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齡受給者証	<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」欄は該当するものに☑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。