

健康保険高齢受給者証

滅失 き損

再交付申請書

常務理事	事務長	業務課長	扱者

被保険者の記号		番 号		被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 生 年 月 日			
				(氏)		(名)		昭和	年	月	日
被保険者の住所		〒 ー 都 道 府 県									
再交付対象者欄 (該当記号ア・イに○印)	ア	被保険者(本人)分		(氏)		(名)		再 交 付 の 原 因			
								滅失 ・ き損 ・ その他			
	イ	被扶養者(家族)分		生 年 月 日		性別	続柄	再 交 付 の 原 因			
		(氏) (名)		昭和 年 月 日				滅失 ・ き損 ・ その他			
		被扶養者(家族)分		生 年 月 日		性別	続柄	再 交 付 の 原 因			
		(氏) (名)		昭和 年 月 日				滅失 ・ き損 ・ その他			
再交付の理由											

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、提出いたします。
 なお、今後は高齢受給者証を滅失または、き損することのないよう十分指導いたします。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	
事業所名所	
事業主氏名	
電 話	

社会保険労務士の提出代行者名

受 付 日 付 印