

# 健康保険 高齢受給者証再交付申請書

健保組合提出用

令和 年 月 日提出

事業所記入欄	事業所整理記号													
	事業所所在地	届書記入の番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -												
	事業所名称													
	事業主氏名													
電話番号	( )													
被保険者欄	被保険者整理番号			(フリガナ) (氏)										
	住所	〒 -						生年月日	昭和 平成		年	月	日	
再交付が必要な方	続柄	再交付が必要な方の氏名			生年月日				性別	再交付理由				
	被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他					
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他					
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他					
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他					
申請理由 (詳しく)								屋外での滅失、盗難による場合 届出の警察署・交番名等						

確認欄	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
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	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

受付印