

| | | | |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | | | |

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

この用紙は高齢受給者証を紛失し、再交付を希望する方が使用する申請書です。

【以下の太枠内をご記入ください。】

| | | | | | |
|---|-----------------|--------------|--|---------------|--|
| *太枠内の部分を記入してください。 | 被保険者証の 記号・番号 | 記号 番号 | | 被保険者氏名 | |
| | 被保険者の 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | | 事業所名 (会社名) | |
| | 再交付を申請 する該当者 | 氏名 | | 続柄 () | |
| 届出の事由(できるだけ詳しく記入してください。) | | | | | |
| うえのとおり、被保険者証を紛失したのでお届けします。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | |
| 被保険者 { 住所 氏名 | | | | | |
| (印) | | | | | |

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

上記届出の事由を調査したところ相違ないので証明します。

平成 年 月 日

事業所の { 名称
所在地

事業主の氏名

(印)

受付日付印

リクルート健康保険組合殿