

常務理事	事務長		担当

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。】

被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者氏名		
	番号				
被保険者の 生年月日	昭・平・令	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。					
令和 年 月 日 住所 被保険者 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。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

印

事業主名

受付日付印

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