|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事　決 裁 | |  | | | |
|  | 日付印 | 事務局長 | 部　長 | 課　長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

**健康保険 高齢受給者証　　　　再交付申請書**

**滅 失**

**き 損**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号番号 | | 該当するものに○印 | | | | | | | | | | |
| ― | | 1.事業所勤務  名　称 | | | | | | | 2.  特例退職  被保険者 | | 3.  任意継続  被保険者 | |
| 被保険者  の氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 生年月日 | | 昭和  　　　　 年　　　月　　　日  平成 | | | | | | 性別 |
|  | | | 男・女 |
| 被保険者  の住所 | 〒 | | | | | 資格取得  年月日 | | 昭和  平成　　　年　　　月　　　日  令和 | | | | |
| 再交付の対象となる方 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | 生年月日 | | 性別 | | 続柄 | 再交付原因 | | 備考 | | |
|  | | | 昭和  　　　　 年　　　月　　　日  平成 | | 男・女 | |  | 滅失･き損･他 | |  | | |
|  | | | 昭和  　　　　 年　　　月　　　日  平成 | | 男・女 | |  | 滅失･き損･他 | |  | | |
|  | | | 昭和  　　　　 年　　　月　　　日  平成 | | 男・女 | |  | 滅失･き損･他 | |  | | |
|  | | | 昭和  　　　　 年　　　月　　　日  平成 | | 男・女 | |  | 滅失･き損･他 | |  | | |
| 高齢受給者証を滅失・き損  したときの状況 | | |  | | | | | | | | | |
| うえの届書に記載したとおり、高齢受給者証を滅失・き損いたしましたが、今後は十分取扱いに注意いたします。  なお、滅失した高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。  被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主記入欄 | 上記のとおり被保険者から健康保険 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。 | |
| 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電話 | 〒    ℡ (　　　　　　)　　　　　－ |

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

|  |
| --- |
| 社会保険労務士の提出代行者記載欄 |
|  |

平成 　年 　月 　日提出

民間放送健康保険組合

受付日付印

平成 　年 　月 　日提出

受付日付印