|  |  |
| --- | --- |
| 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