

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 **滅失** 再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号番号		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	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男・女
	被保険者 の住所	〒		資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	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 平成 年 月 日	男・女		滅失・き損・他	
		昭和 平成 年 月 日	男・女		滅失・き損・他	
		昭和 平成 年 月 日	男・女		滅失・き損・他	
		昭和 平成 年 月 日	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						
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>						

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	〒   Tel (            )            —

社会保険労務士の提出代行者記載欄

令和    年    月    日提出  
  
 受付日付印