

常務理事	事務長	部長	課長		担当者

## 健康保険 高齢受給者証再交付申請書

該当する□にチェック☑してください

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者等		② 被保険者氏名		③ 生年月日	
	記号	番号			<input type="checkbox"/> 昭和      年      月      日 <input type="checkbox"/> 平成	
	④ 住所				⑤ 連絡先	
	〒      ー				(      )	
	⑥ 再交付申請対象者					
	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人分）			再交付の原因（紛失の場合はその理由） <input type="checkbox"/> 紛失（理由） <input type="checkbox"/> 棄損		
	<input type="checkbox"/> 被扶養者（家族分） 再交付が必要な被扶養者について下記事項に記入してください					
	被扶養者氏名		被扶養者生年月日		続柄	再交付の原因（紛失の場合はその理由）
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 紛失（理由） <input type="checkbox"/> 棄損
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 紛失（理由） <input type="checkbox"/> 棄損
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 紛失（理由） <input type="checkbox"/> 棄損	
⑦ 紛失の場合警察への届出の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		⑧ 備考	
⑨ 被保険者のマイナンバー記載欄（①欄の記号番号を記入した場合は不要です）						

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人に確認している。

令和      年      月      日 提出

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届出いたします。 なお、今後は高齢受給者証を紛失又はき損することのないよう十分指導いたします。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

\* 記入しないでください

高齢受給者証を受領いたしました。	
氏 名	

受付年月日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--