

健康保険 高齢受給者証再交付 申請書

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。
＜注意＞ き損により申請する場合は、必ず高齢受給者証を添付してください。

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□	番号 □□□□□	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 □□□□□□
	氏名	フリガナ			
	住所	〒□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□ 都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

対象者欄	再交付を受ける方	氏名	生年月日	昭和	年 月 日 □□□□□□
	再交付の原因	滅失 ・ き損			
	再交付の理由				

事業主欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。				
	〒	TEL (ハイフン除く)			年 月 日
	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□			
	事業所所在地				
	事業所名称				
事業主氏名					

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

健保組合使用欄（以下は記入しないでください）

常務理事	事務長	課長	係長	係

交付年月日	年 月 日	回収の有無	有 ・ 無
発効年月日	年 月 日	回収年月日	年 月 日
有効期限日	年 月 日		
負担割合	2 ・ 3 割		

受付日付印
