

# 健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

<b>被保険者欄</b>	被 保 険 者			被保険者の氏名		
	記号	番号				
	生 年 月 日			被保険者の住所		
	昭和  平成	年	月	日	〒 -	TEL - -

高齢受給者証の再交付について、次のとおり申請いたします。※マイナ保険証をご使用の場合、再交付の必要はありません。

<b>再交付対象者欄 (該当に☑)</b>	<input type="checkbox"/> 被保険者分			再交付の原因	滅失・き損・その他		
	<input type="checkbox"/> 被扶養者分			再交付する被扶養者について、記入してください			
	氏 名		生 年 月 日		再交付の原因		
	(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	
					滅失・き損・その他		
	(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	
				滅失・き損・その他			
		(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日
				滅失・き損・その他			
再交付の理由 できるだけ詳しく 記入してください							

<b>事業主欄</b>	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。					
	事業所所在地 〒 -					
	事業所名称					
	事業主氏名					
	電話番号 - -					

「き損」による再交付申請の場合は、  
「き損」した高齢受給者証を必ず添付してください

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険組合使用欄

				受付日		受付番号	
				交付日		郵送・手渡し	
発効年月日	年	月	日	標準報酬月額	千円	区分	
						一般・上位	