

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書(本人・家族)

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日			性 別	
		フリガナ (氏)	(名)	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	1 男 2 女

再交付対象者が家族の場合、右欄に記入してください。

対 象 者 氏 名		生 年 月 日			性 別	
フリガナ (氏)	(名)	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	1 男 2 女

被保険者の住所	〒 _____					電話 () _____
---------	---------	--	--	--	--	--------------

【再交付申請の事由】	※滅失又は毀損の場合、その状況を記入してください。
1 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	滅失 _____
	毀損 _____
2 裏面住所欄が無余白のため再交付を申請します。	_____

※ 毀損再交付と裏面無余白再交付は、被保険者証を添付してください。(住所変更がある場合は、住所変更届も併せて提出してください。)

滅失又は毀損の場合	(1) 今後かかる不始末のないよう、被保険者証の保管には充分注意いたします。 (2) 旧被保険者証を発見した時は、直ちに返却いたします。 (3) 滅失により貴健康保険組合にご迷惑をおかけした時は、損害賠償をいたします。
-----------	---

受付日付印

上記のとおり、被保険者から再交付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	() _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出

社会保険労務士記載欄
氏名等