

常務理事	事務長	課長	係

健康保険高齢受給者証再交付申請書

(注意事項)

〇〇減失したとなつたため受給者の再交付見申請したときは、古い、高年齢受給者証を返納して添付ください。

健康保険証の		被保険者氏名	被保険者の生年月日
記号	番号		□昭和・□平成・□令和
			年 月 日

◎再交付申請の対象となる人 **◆該当箇所を✓にしてください**

<input type="checkbox"/>	被保険者 ※上記に同じ	原因	□き損・□滅失・□その他()
<input type="checkbox"/>	世帯全員	原因	□き損・□滅失・□その他()
<input type="checkbox"/>	被扶養者 ※対象となる家族を下記に記入してください。		
	被扶養者氏名	被扶養者の生年月日	続柄 原因
		昭和 年 月 日	□き損・□滅失・□その他()
		昭和 年 月 日	□き損・□滅失・□その他()
		昭和 年 月 日	□き損・□滅失・□その他()
		昭和 年 月 日	□き損・□滅失・□その他()

◎高齢受給者証を滅失したときの状況を記入してください。

巨樹の会健康保険組合理事長 殿

上記記載のとおり、高齢受給者証を滅失・き損しました。今後は十分取り扱いに注意します。
尚、滅失した高齢受給者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

被保険者の住所

氏名

上記のとおり被保険者から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。
なお、今後は高齢受給者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地		受付印
事業所名称		
事業主氏名		
電話	()	

社会保険労務士の提出代行印

--	--