

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)		生年月日		
				1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
	氏名	フリガナ				
	郵便番号		電話番号			
	住所	都 道 府 県				

対象者欄	対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同上	同上	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			1 昭和 年 月 日 2 平成 年 月 日 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			1 昭和 年 月 日 2 平成 年 月 日 3 令和 年 月 日	下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	1 : 減失
	2 : 毀損
	3 : その他 (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します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

受付日付印
