

健康保険高齡受給者証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦ 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) _____ (名) _____	③ 生 年 月 日 昭平 年 月 日	④ 性別 男女	⑧ 資格取得年月日 年 月 日
⑨ 被 保 険 者 の 住 所			注 意 事 項		
			・き損のため申請する方は、高齡受給者証を必ず添付してください。 ・紛失した高齡受給者証を発見したときは、直ちに <u>紛失した旧の高齡受給者証</u> を返納して下さい。		

再交付申請の対象となる者	⑩ 氏 名	⑪ 生 年 月 日	⑫ 続柄	⑬ 再交付の原因	理 由 の 詳 細	
	氏)	(名)	昭 年 月 日		滅失 き損	紛失等の理由を詳しく記入して下さい。
	氏)	(名)	昭 年 月 日		滅失 き損	
	氏)	(名)	昭 年 月 日		滅失 き損	

屋外での紛失は警察への届出をして下さい。

上記のとおり被保険者から高齡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、今後は高齡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。

事業所所在地: 〒 _____

事業所名称: _____

事業主氏名: _____ (印)

電 話: _____ (局) _____ 番

届出警察署	
	派 出 所
	交 番
	警 察 署
届出受付番号	

住商連合健康保険組合殿

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出