

健康保険高齢受給者証

滅失  
き 損

再交付申請書

常務理事	事務長		係

①健康保険被保 険	②健康保険被保 険	③被保険者の氏名 (名) 連合 二郎	④生年月日 昭5 年 月 日 平7 5 4 0 6 2 3	⑤資格取得年月日 昭5 年 月 日 平7 1 7 0 4 0 1 令9
<p>記号・番号は資格情報のお知らせに記載されています。不明の場合は未記入のまま提出してください</p>				
<p>被保険者の住所 〒 000 - 000 大阪府</p>				
<p>注意事項 ・き損のため申請する方は、高齢受給者証を必ず添付して下さい。 ・紛失した高齢受給者証を発見したときは、直ちに紛失した旧の高齢受給者証を返納して下さい。</p>				

と再 交 付 申 請 の 対 象	⑥氏名 (氏) 連合 (名) たま	⑦生年月日 昭5 年 月 日 2 4 1 0 0 1	⑧続柄 母	⑨再交付の原因 滅失 き損	理由の詳細 紛失等の理由を詳しく記入して下さい。 令和1年5月10日、〇〇病院に行き、窓口に表示してからなくなりました。
	(氏) (名)	昭5 年 月 日		滅失 き損	

上記のとおり、被保険者から健康保険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。

事業所所在地 〒 000 - 0000 東京都...

事業所名称 ×××株式会社

事業主氏名 代表取締役 〇〇〇

電 話 03 ( ×××× 局 〇〇〇〇 番

この欄は、事業主が証明する欄となります。  
ご本人様は記入をしないでください。

屋外での紛失は警察へ届出して下さい。

届出警察署	
〇〇	派出所 交番 警察署
届出受付番号	ハ652

受付日付印

令和 1 年 5 月 24 日 提出

社会保険労務士の提出代行者

住商連合健康保険組合