

健康保険高齢受給者証 **滅失** **再交付申請書**

常務理事	事務長		係

①健康保険被保険者等の記号	②健康保険被保険者等の番号	③被保険者の氏名 (氏) _____ (名) _____	④生年月日 昭5 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平7 _____ 日 令9 _____ 日	⑤資格取得年月日 昭5 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平7 _____ 日 令9 _____ 日
被保険者のマイナンバー ※被保険者等記号番号を記入した場合は不要		注 意 事 項		
被 保 険 者 の 住 所 〒 _____		・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。		

な 再 交 付 申 請 の 対 象 者 と	⑥氏名	⑦生年月日	⑧続柄	⑨再交付の原因	理由の詳細
	(氏) _____ (名) _____	昭5 _____ 年 _____ 月 _____ 日		滅失	き損
(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 〒 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____

電話 _____ (_____ 局) _____ 番

屋外での紛失は警察へ届出して下さい。

届 出 警 察 署	
	派 出 所 交 番 警 察 署
届出受付番号	_____

 受付日付印

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 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