

## 健康保険 高齢受給者証(滅失・き損)再交付申請書

※申請する項目(滅失・き損)に○をしてください。

高齢受給者証を滅失・き損し、再交付を希望する場合はご使用ください  
 き損の場合はお持ちの高齢受給者証を添付してください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) □□□□	番号(左つめ) □□□□□□□□	生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 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	同上		生年月日	同上	申請理由	<input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他( )
	被扶養者①	フリガナ 氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和                 □□年 □□月 □□日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他( )
	被扶養者②	フリガナ 氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和                 □□年 □□月 □□日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他( )
	被扶養者③	フリガナ 氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和                 □□年 □□月 □□日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他( )

事業主欄	上記のとおり被保険者から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		
常務理事	事務長	担当者

「受付印」