

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。

記号・番号は「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。
番号の枝番は記入不要です。マイナンバーの記入はNGです。

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 checked="" type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和
	氏名	フリガナ ニッパツ タロウ 日発 太郎		
	郵便番号	× × × × × × × ×	電話番号	× × × × × × × × × × × ×
住所	〇〇〇 都 道 〇〇〇市〇〇区〇〇 ××-××-×× 府 県			

該当する内容の数字をご記入ください。

対象者欄	対象者	2	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
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

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。

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」