

健康保険 高齢受給者証 滅失 き損 再交付申請書

常務	事務長	課長	係長	係

◎「※」印欄には記入しないで下さい。

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	① 被 保 険 者 氏 名	③ 被 保 険 者 生 年 月 日	① 対 象 者 氏 名	② 対 象 者 生 年 月 日
※ 000	0000	(氏名) 健保 太郎	明 1 大 3 昭 5 平 7 0:0:0:0:0	(氏名) 健保 太郎	明 1 大 3 昭 5 平 7 0:0:0:0:0

㊦ 再交付理由	④ 被扶養者 番 号	⑤ 継続療養 受給者表示	③ 発 効 年 月 日	㊧ 有 効 期 限	③ 負 担 割 合	㊨ 交 付 年 月 日	⑥ 処 理 区 分	⑦ 訂 正 後 発 行 表 示	⑧ 項 番
1. 滅失 2. き損	※	※	元号 平成	元号 平成	※ 割	元号 平成	※ 発行 0 発行表示補正 1	※ 未発行 0 発行済 1	※

㊩ 回 収 年 月 日	㊰ 回 収 事 由	㊱ 備 考
元号 平成	※ 1. 資格喪失 2. 75歳到達 3. 認定解除 4. 負担割合変更による差替 5. き損 6. その他 〔 〕	

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届出します。
なお、今後は高齢受給者証を滅失又は、き損することのないよう充分指導致します。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

受付日付印