

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

以下のとおり高齢受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からぬ場合はマイナンバーを記入してください																														
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
氏名	(フリガナ)		生年月日	□ 昭和	年	月	日																										
住所	(〒 一)		都道府県	□ 平成																													
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		□ 令和																													

再 交 付 対 象 者 欄	氏名	氏名	生年 月日	□ 昭和	年	月	日	
	被保険者の場合は記入の必要はありません			□ 平成				
				□ 令和				
	再交付の原因	<input type="checkbox"/> 減失(無くした、落した)						
		<input type="checkbox"/> き損(破れた、かすれた)						
	<input type="checkbox"/> その他()							

事業 主 欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出します。			年	月	日	
	事業所所在地						
	事業所名称						
	事業主氏名						
	電話番号						
任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。							

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	受付日付印
-----------------------	-------