

健康保険 高齡受給者証 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 被保険者等 記号・番号 (左づめ)	番号 <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	
	氏名 (フリガナ)	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	住所 (〒 ー)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

再交付対象者欄	氏名	被保険者の場合は記入の必要はありません	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
	再交付の原因	<input type="checkbox"/> 滅失（無くした、落した）									
<input type="checkbox"/> 破損（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	任意継続被保険者の方は、 事業主欄の記入は不要です。
	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		受付日付印
-----------------------	--	-------