

	常務理事	事務長	業務課長	係
伺				

## 健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証の	記号	番号	被保険者の 生年月日	昭 和 平 成	年	月	日
	被保険者の 氏名	(フリガナ)			性別	男・女		
	被保険者の 住所	〒           —						
	この申請については、右の①、②、③のどちらにあてはまる申請ですか。 該当する方の数字に○をしてください。				①	この申請書全てを被保険者が作成して、事業主を介して申請するものです。		
				②	この申請書の一部または全てを被保険者以外の者が作成していますが、記載内容については、被保険者が確認して、事業主を介して申請するものです。			
				③	任意継続被保険者であるため、この申請書全てを被保険者が作成して申請するものです。			

下記の者の高齢受給者証について再交付申請します。

再交付の対象者氏名	生年月日	再交付の原因※
	昭 和 平 成 年   月   日	滅失   き損   その他
	昭 和 平 成 年   月   日	滅失   き損   その他
	昭 和 平 成 年   月   日	滅失   き損   その他
再交付原因が「その他」の場合はその理由。		

※ 再交付の原因については、紛失などにより手元に保険証がない状態であれば「滅失」、手元に保険証はあるが印字が薄くて読み取れない場合などは「き損」です。なお、「き損」の場合は古い高齢受給者証を添付の上ご提出ください。

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 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。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	(            )	

受付印