

# 高齢

健康保険高齢受給者証

滅失  
き損

再交付申請書

部長	課長	係長	係

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号	番号		男・女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成	年 月 日	〒 - 電話 ( )	
高齢受給者証を滅失・き損した年月日		資格喪失年月日	
平成・令和	年 月 日	平成・令和 年 月 日	

高齢受給者証を 滅失・き損した者 ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
	昭平令 年 月 日	男・女		
	昭平令 年 月 日	男・女		
	昭平 年 月 日	男・女		
再交付は必要ですか ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 必要			
	<input type="checkbox"/> 不要(資格喪失済)			
備考				

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。  
なお、今後は高齢受給者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。

〒 - 令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( )

### 【注意事項】

- ・ 高齢受給者証をき損した場合は、き損した高齢受給者証を添付してください。

受付年月日

(3.2)

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--