

常務理事	事務局長	部 長	G 長	G L	扱 者

健康保険高齡受給者証再交付申請書

被 保 険 者 情 報	保険証の 記号番号	記号 番号	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	氏名	(フリガナ)	
	住所	(〒 -) 都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話 - -

再 交 付 が 必 要 な 方	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の理由
		昭和 年 月 日	男 女		☐ 滅失 ☐ き損
		昭和 年 月 日	男 女		☐ 滅失 ☐ き損
		昭和 年 月 日	男 女		☐ 滅失 ☐ き損

上記のとおり保険証の再交付について、申請します。 令和 年 月 日

※下記の確認欄へチェックをお願いします。

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☐	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事 業 主 欄	事業所所在地	(〒 -)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

※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 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受 付 印