

健康保険 高齢受給者証 減失 再交付申請書

常務理事	事 務 長	課 長	係 長	係

◎「※」欄には、

「き損」の文字は、記入しないでください。該当する文字を○で囲んでください。

① 被保険者 証の記号	② 被保険者 証の番号	⑦ 被保険者氏名	③ 被保険者生年月日	① 対象者氏名	⑦ 対象者生年月日
			昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日

㊦ 再交付理由	④ 被扶養者番号	⑤ 継続療養 受給者表示	㊧ 発行年月日	㊨ 有効期限	㊩ 負担割合	㊪ 交付年月日	⑥ 処理区分	㊫ 訂正後発行表	⑧ 項番
1. 減 失 2. き 損	※	※	※ 平成 令和 年 月 日	※ 平成 令和 年 月 日	※	※ 平成 令和 年 月 日	※ 発 行 0 発行表示補正 1	※ 未発行 0 発行済 1	※

㊬ 回収年月日	㊭ 回 収 事 由	㊮ 備 考
※ 平成 令和 年 月 日	※ 1. 資格喪失 2. 75歳到達 3. 認定解除 4. 負担割合変更による差替 5. き損 6. その他	※

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

事業所所在地	〒	—
事業所 名 称		
事業主 氏 名		
電 話	—	—

年 月 日 提出 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者