

常務理事	事務長		

健康保険高齢受給者証滅失き損再交付申請書

記 号	番 号	被保険者の氏名	生年月日	性別	資格取得年月日
101	123456	健保 太郎	昭平令 1 3 0 3 0 5	男 女	昭平令 1 3 0 3 0 5

再交付の対象となる方	氏 名		生年月日				性別	続柄	再交付原因	備考
	(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男 女	本人	滅失・き損	
	健保	太郎	1	3	0	3	0	5		
	(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男 女	妻	滅失・き損	
	健保	花子	1	3	1	0	2	2		
	(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男・女		滅失・き損	
(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男・女		滅失・き損		
(氏)	(名)	昭平令	年	月	日	男・女		滅失・き損		

申請事由	(滅失またはき損したときの状況を詳しく記入してください。) 外食した際、高齢受給者証の入った財布を置き忘れ、 行方が分からなくなった。 (警察届出： 月 日)
------	---

被保険者記入欄	上記のとおり、健康保険高齢受給者証を滅失・き損したので再交付を申請します。 今後は、取り扱いに十分注意いたします。 また、滅失した健康保険高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。 被保険者 住 所 〒 552 - 0011 大阪府大阪市港区南市岡1-6-18 氏 名 健保 太郎 (印)
---------	---

事業主記入欄	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提出いたします。 また、今後は滅失またはき損することのないように指導いたします。 令和 年 月 日提出 事業所所在地 〒 552 - 0011 事業所名称 大阪府大阪市港区南市岡1-2-5 事業主氏名 健保太郎 (印) 電 話 06-6585-3150
--------	--

社会保険労務士の 提出代行者印	(印)
--------------------	-----

受付印

- ◎ この申請書に関する注意事項は裏面に記載されていますので、よくお読みのうえご記入ください。
◎ 被保険者及び事業主の押印は、自署した場合に限り省略することができます。
◎ 再交付原因がき損の場合は、き損した健康保険高齢受給者証を添えて申請してください。

【注意事項】

- 年号、性別、再交付原因の欄については、該当する箇所を○で囲んでください。
- 続柄欄は、被保険者との続柄を記入してください。：例) 夫、妻、父、母
- 申請事由欄は、滅失またはき損したときの状況を詳しく記入してください。