

再交付申請書

常務	事務長	部長	次長	課長	補佐	係長	主任	扱者

令和 年 月 日 提出

事業主欄	健康保険 被保険者証記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

下記のとおり、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。今後は、高齢受給者証の取り扱いに十分注意するよう指導いたします。

受付印

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

被保険者欄	① 被保険者証番号		② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	④ 性別	男 女
	⑤ 住所	〒 -	電話 ()	⑥ 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		

下記のとおり、健康保険高齢受給者証を滅失・き損した、または盗難にあったので再交付を申請します。今後は取り扱いに十分注意します。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。

被保険者氏名 _____

- ①から⑥までの該当欄を記入してください。
- この申請書は、70歳以上の被保険者本人または家族の高齢受給者証の再交付を申請する場合に提出するものです。
- 70歳以上の方が病院を受診する際は、高齢受給者証のほかに被保険者証も必要となります。被保険者証の再交付を申請するときは、「被保険者証再交付申請書」を提出してください。

申請の対象者	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄	③ 生年月日	昭和	年	月	日
	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄	③ 生年月日	昭和	年	月	日

申請の理由	④ 申請の原因 (原因が“き損”の場合は、き損した高齢受給者証を添えて申請してください)	滅失 ・ き損 ・ 盗難
	⑤ 高齢受給者証を滅失・き損した または 盗難にあった年月日と場所 令和 年 月 日 場所	
	⑥ 高齢受給者証を滅失・き損した または 盗難にあった状況 ※なるべく詳しく記入してください	