

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険高齢受給者証 〔滅失・き損〕 再交付申請書

◎ 高齢受給者証を滅失した場合の申請であるときは、この申請書に「高齢受給者証滅失届」を添えてください。
 ◎ 高齢受給者証をき損した場合の申請であるときは、この申請書に「き損した高齢受給者証」を添えてください。
 ◎ 「※」印欄は記入しないでください。
 ◎ 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。
 ◎ 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

① 被保険者証の記号	② 被保険者証の番号	③ 被保険者の生年月日			送 信	事由	※	送 信
		昭和 5 平成 7	年	月		日	※ 1. 紛失 2. き損 9. その他	
⑦ 被保険者の氏名		⑧ 性別	⑨ 被保険者の住所					
(フリガナ)								
(氏)		男 1 女 2						

再交付申請の対象となる者	⑩ 氏名	⑪ 生年月日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 再交付の原因	備考		
	(氏) (名)	昭 5 平 7	年	月	日	男 1 女 2	滅失・き損	
	(氏) (名)	昭 5 平 7	年	月	日	男 1 女 2	滅失・き損	
	(氏) (名)	昭 5 平 7	年	月	日	男 1 女 2	滅失・き損	
	(氏) (名)	昭 5 平 7	年	月	日	男 1 女 2	滅失・き損	

令和 年 月 日 提出

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十分指導いたします。	
事業所所在地 〒 -	
事業所名称 事業主氏名	⑭
電 話 ()	

⑮ 社会保険労務士の提出代行者印
⑯

受付日付印