健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員

令和　　年　　月　　日提出

①被保険者情報

	記　号	番　号
被保険者証の		

			生　年　月　日
フ リ ガ ナ			
氏　　名			昭和 平成　　年　　月　　日

②再交付が必要な方

氏	名	生　年　月　日	再交付の理由
		昭和　　年　　月　　日	滅失 き損 その他※
		昭和　　年　　月　　日	滅失 き損 その他※
		昭和　　年　　月　　日	滅失 き損 その他※
備　　考	※再交付の理由が「その他」の場合は詳細な理由をご記入ください。		

③事業主欄

事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 〒　　-	• 任意継続被保険者の(※)方は事業主欄の記入は不要です。 ※ 退職後、引き続き任意継続被保険者に加入されている者
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	(　　)	

社会保険労務士の提出代行者	

受付日印

【記入の手引き】

- ①の被保険者情報欄の健康保険証の記号・番号は、保険証に記載されています。
- 生年月日の元号は該当する文字を〇で囲んでください。
- ②の再交付が必要な方欄は再交付が必要な方のみご記入ください。
- 再交付の理由は該当する文字を〇で囲んでください。
- 再交付の理由が「き損」の場合は「高齢受給者証」を添付してください。
- 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の再交付を申請する場合は、③の事業主欄に記入が必要です。事業主を経由してご申請ください。