

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員

健康保険高齢受給者証 **滅失** **毀損** 再交付申請書

被保険者証 記号番号	被保険者氏名	被保険者生年月日			
—		5:昭 7:平	年	月	日

対象者氏名	対象者生年月日	続柄	再交付理由
	5:昭 7:平		1. 滅失 2. 毀損

発効年月日	有効期限	一部負担金の割合	交付年月日
7:平 9:令	9:令	割	7:平 9:令

再交付を申請する理由 (いつ、どこで、どのようにして、など詳しく記入してください)	備考

令和 年 月 日提出

組合受付印

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。 なお、今後は高齢受給者証を滅失又は毀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	
電話番号	

社会保険労務士の提出代行者