

届出コード		
2	5	1

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	課長代理	係長	担当者

健康保険被保険者証の記号・番号	被保険者の氏名		生年月日		性別	再交付の原因
記号 番号 .			昭和 平成	年 月 日	男 ・ 女	滅失 毀損 その他
再交付を必要とする被保険者または被扶養者の氏名	生年月日	続柄	再交付を必要とする被保険者または被扶養者の氏名	生年月日	続柄	
	昭和 年 月 日			昭和 年 月 日		
	昭和 年 月 日			昭和 年 月 日		
	昭和 年 月 日			昭和 年 月 日		

- (注) 1. 生年月日欄、性別欄、及び再交付の原因欄は、該当するものを○で囲んでください。
 2. 毀損の場合は、高齢受給者証を添付してください。

上記のとおり再交付を申請します。

年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

この申請について事実相違ないことを証明します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

受付日付印