

健康保険高齢受給者証

滅失
棄損

再交付申請書

常務理事	事務長	係員

被保険者証記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	
記号	番号			昭・平・令	年 月 日
再交付を希望する受給者証 (該当する方に○を記入)		被保険者分 被扶養者分 → 該当者について下記を記入			
該当するものが被扶養者の 場合に記入		被扶養者氏名		生年月日	
				昭和 年 月 日	続柄
再交付を申請する理由 (滅失した場所・日時など 詳しく記入してください)					
<p>この健康保険高齢受給者証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償いたします とともに今後は、取り扱いに十分注意いたします。 また、滅失した健康保険高齢受給者証を発見した場合はただちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名</p>					

事業主の証明	
<p>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ご提出いたします。 また、今後は健康保険高齢受給者証を滅失または棄損することのないように指導いたします。</p> <p>事業所所在地 名 称 事業主氏名</p>	

※1 棄損の場合は、その健康保険高齢受給者証を添付してください。

健保受付年月日