

健康保険 被保険者 健康保険高年齢受給者証 再交付申請書
 家族

常務	事務長		扱者

「高年齢受給者証」を紛失された場合や毀損した場合に提出してください。

被保険者(申請者)情報	被保険者 記号・番号 (右づめ)	記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。		生年月日	年	月	日
		記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)						
住所	(〒 -)						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

再交付対象者	対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)							
	家族 (被扶養者)	(フリガナ)				生年月日	年	月	日
		氏名				<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
再交付の原因	<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. 毀損 <input type="checkbox"/> 3. その他		左記の理由						

事業主欄	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 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印
