

健康保険高齢受給者証 滅失・き損 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

受 付 印

令和 年 月 日提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

大阪線材製品健康保険組合理事長

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

下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届出いたします。
なお、今後は健康保険高齢受給者証を紛失またはき損することのないよう十分指導いたします。

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☐	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者の	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男	女
被保険者氏名	(フリガナ)		取 得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	備考		
			住所	〒						

再交付が必要な方	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
			続柄							
	再交付の原因		再交付の理由(紛失した場所など詳しく記入してください)							
	紛失 ・ き損 ・ その他									

再交付が必要な方	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
			続柄							
	再交付の原因		再交付の理由(紛失した場所など詳しく記入してください)							
	紛失 ・ き損 ・ その他									

再交付が必要な方	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
			続柄							
	再交付の原因		再交付の理由(紛失した場所など詳しく記入してください)							
	紛失 ・ き損 ・ その他									

☆再交付する方を記入してください
☆再交付の理由は詳細に記入してください