

健康保険高齡受給者証 減失 再交付申請書

常務理事	事務長	部 長	課 長	担当者

健康保険 被保険者等の記号	健康保険 被保険者等の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日				性別	資 格 取 得 年 月 日
		(氏)	(名)	大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2	昭和・平成・令和 年 月 日
被 保 険 者 の 住 所					備 考				

再 交 付 申 請 の 対 象 と な る 者	被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日			性別	続柄	再 交 付 の 原 因		マイナンバー（記号・番号を記入の場合不要）												
			上 記 に 同 じ				本人	減失 き損	1 2	その他	3											
	被 扶 養 者 氏 名		生 年 月 日			性別	続柄	再 交 付 の 原 因		マイナンバー（記号・番号を記入の場合不要）												
			大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2		減失 き損	1 2	その他	3										
			大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2		減失 き損	1 2	その他	3										
			大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2		減失 き損	1 2	その他	3										
			大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2		減失 き損	1 2	その他	3										

上記のとおり被保険者から健康保険高齡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、今後は高齡受給者証を減失又はき損することのないよう十分指導いたします。	
所 在 地 事業所名称 事業主氏名 電 話	()局 番

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

