常務理事	事務長	部　長	課　長	担当者

健康保険被高齢受給者証 滅失 き損 再交付申請書（任継用）

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	滅失 1 き損 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		滅失 1 き損 2	その他 3	
			大3 昭5 平7 令9	年	月	日	男 1 女 2		滅失 1 き損 2	その他 3	
			大3 昭5 平7 令9	年	月	日	男 1 女 2		滅失 1 き損 2	その他 3	
			大3 昭5 平7 令9	年	月	日	男 1 女 2		滅失 1 き損 2	その他 3	
			大3 昭5 平7 令9	年	月	日	男 1 女 2		滅失 1 き損 2	その他 3	

上記のとおり健康保険高齢受給者証の再交付申請を届出いたします。
なお、今後は高齢受給者証を滅失又はき損することのないようにいたします。

被保険者住所	
被保険者氏名	
電　話	（　　）局　　番

令和

受付日付印

任意継続被保険者およびその被扶養者の方は下記のいずれかの書類を添付してください。

1　申請人本人が申請する場合

①　運転免許証、パスポート等顔写真つきの公的証明書の写し

②　上記が不可能な場合住民票の写し

2　代理人が申請する場合

代理人の①（①の添付が不可能な場合②）の書類＋申請人と代理人の関係が分かる書類