

健康保険 高齢受給者証
減失
き損
再交付申請書

| | | | | | |
|------|-----|----|----|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 確認者 | 扱者 |
| | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------|--------|-------------------------|----------------|--------|-----------------------|
| ① 健康保険被保 険者証の記号 | ② 健康保険被保 険者証の番号 | ⑦ 被 保 険 者 氏 名 | 性別 | ③ 被 保 険 者 生 年 月 日 | ④ 対 象 者 氏 名 | 性別 | ⑧ 対 象 者 生 年 月 日 |
| | | (氏名) | 男 女 | 昭5 平7 年 月 日 | (氏名) | 男 女 | 昭5 年 月 日 |

| | | | | | |
|----------------|---------------------------|---------------------------|--------------|---------------------------|----|
| 再交付事由 | ⑨ 発 効 年 月 日 | 有 効 期 限 | ⑩ 負 担 割 合 | ⑪ 交 付 年 月 日 | 備考 |
| 1. 減失 2. 棄損 | 元号 平成 令和 ※ 年 月 日 | 元号 平成 令和 ※ 年 月 日 | ※ 割 | 元号 平成 令和 ※ 年 月 日 | |

【事業主記載欄】

| | |
|---|--|
| 確認 (チェック) 欄 <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> 被保険者に届出意思を確認しました。 記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。 |
| 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 | () |

令和 年 月 日提出

受付日付印

◎ 「※」印欄には記入しないでください。