

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	係長	係

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
※「印欄」は記入しないでください。

① 健康保険事業所記号	② 健康保険被保険者番号	⑦ 被保険者の氏名 (氏) (名)	③ 生 年 月 日 昭5 年 月 日 平7	① 性別 男1. 女2.	⑧ 資格取得年月日 年 月 日	送信
⑤ 被 保 険 者 の 住 所			⑨ 備 考			
〒 -						

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	④ 氏 名 (氏) (名)	⑩ 生 年 月 日 昭5 年 月 日 平7	⑪ 性別 男1. 女2.	⑫ 続柄	⑤ 再交付の原因 減失・き損	⑬ 備 考	送信	
	0 0		上 記 に 同 じ 本 人						
	被扶養者欄	④※被扶養者番号	④ 氏 名 (氏) (名)	⑩ 生 年 月 日 昭5 年 月 日 平7	⑪ 性別 男1. 女2.	⑫ 続柄	⑤ 再交付の原因 減失・き損		⑬ 備 考
			(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男1. 女2.		減失・き損		
			(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男1. 女2.		減失・き損		

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提出いたします。
なお、今後は健康保険高齡受給者証を「減失」または「き損」することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	() 番

令和 年 月 日提出

確認欄	この届出については、①または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記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/>	

受 付 日 付 印

社会保険労務士記載欄

【記入の方法】

1. ㊦欄は、被保険者の氏名を記入してください。
2. 標題の「滅失」、「き損」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。滅失届は不要です。
3. ㊢および㊣欄の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。

生年月日は、例えば平成3年2月7日生まれの場合は

昭5 平7	0	3	年	0	2	月	0	7	日
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

のように記入してください。

4. ㊠および㊡欄は、該当する性別を○印で囲んでください。
5. ㊤欄は、被保険者との続がらを「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」および「祖母」などと詳しく記入してください。
6. ㊥欄は、該当する再交付の原因を○印で囲んでください。
7. 申請者本人（被保険者）が署名を省略（事業主などが記載する）する場合は、次の要件「①申請者本人（被保険者）が作成したものである。」、「②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。」を満たしているか確認のうえ、「確認欄」にチェックをいれて下さい。

【この申請書に添付して提出する書類】

1. き損したための再交付申請であるときは、「き損した健康保険高齢受給者証」