

被保険者証・高齢受給者証
再交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

事業主記入欄	再交付する証	下記、該当する箇所に○をしてください。	
		① 被保険者証	② 高齢受給者証
	事業所住所	〒	
	事業所名称		
	事業主氏名		
電話番号	()		

受付印

確認欄	<input type="checkbox"/>	左記欄に☑してください。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申請者本人が確認している。

被保険者情報	保険証の	氏名	生年月日	昭和	平成	令和	月	日	
	記号	番号		年					
	自宅住所			資格取得年月日	昭和	平成	令和	月	日
	〒								

再交付する者の氏名	氏名	続柄	氏名	続柄
	氏名	続柄	氏名	続柄

証滅失・き損した状況	下記、該当する箇所に○をしてください。				盗難に限らず自宅以外で滅失した際は、悪用される場合も想定されますので、警察への連絡をお願いします。
	滅失・き損・盗難		警察への届け出 有・無		
	※ き損の場合は、き損した証をご返却下さい。				
日にち	年	月	日	場所	
状況	〔詳細に記入して下さい。〕				

誓約	証を滅失・き損(破損)しましたが今後は取り扱いには充分注意いたします。又発見した場合は直ちに返納いたします。
	被保険者氏名 _____