

# 健康保険 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	事業所所在地	〒   ( )
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付印
-----

確認欄	<input type="checkbox"/>	左記欄に必ず☑してください。この届出については、下記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	被保険者		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
	〒						年				

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

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 _____

- この申請書は、当組合に加入中に高齢受給者証を滅失された場合に提出するものです。  
退職等で資格喪失される場合で、滅失等により高齢受給者証を返却できない場合は「資格確認書・高齢受給者証滅失届」をご提出ください。
- き損の場合は、き損した高齢受給者証をご返却ください。
- マイナ保険証をお持ちの方は、医療機関での高齢受給者証の提示は不要のため、再交付の必要はありません。
- 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。