

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

高齢受給者証をなくされた場合や、き損した場合にご使用ください。

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日				
	個人番号 <small>(記号番号がわからないときにご記入ください)</small>	<input type="text"/>			昭和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住民票住所	(〒	-)	都	道	府	県
	電話番号 <small>(日中の連絡先)</small>	TEL	()	携帯電話	-	-	

再交付対象者	対象者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者（本人）分のみ……………ア欄の「再交付の原因」をご記入ください。 2. 被扶養者（家族）分のみ……………イ欄に再交付対象のご家族の情報および「再交付の原因」をご記入ください。 3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分……………アおよびイ欄それぞれにご記入ください。					
	ア 被保険者	氏名	同上		生年月日	同上		再交付の原因
	イ 被扶養者	氏名			生年月日	昭和 年 月 日		再交付の原因
		氏名			生年月日	昭和 年 月 日		再交付の原因
		氏名			生年月日	昭和 年 月 日		再交付の原因
備考								

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出します。 (〒 -)					
	事業所名称						
	事業主氏名						
	電話番号	()					
任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。							

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

受付日付印
