

健康保険 高齡受給者証 再交付申請書

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 2 5 0	番号 9 9 9 9	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 6 0 0 8 0 2
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
	住所	(〒 350 - 0001 ) 埼玉県 川越市〇〇〇 1-23-34		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 0001 ) 0001		

再交付が必要な方	氏名	生年月日	性別	再交付の理由
	健保 始	昭和 22 年 4 月 2 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
備考	財布ごと紛失、警察には届出済み			

上記のとおり、高齡受給者証の再交付について、申請します。

令和 88 年 88 月 88 日

事業主欄	事業所所在地	(〒 111 - 1111 ) 埼玉県〇〇市〇〇〇 1-23-45	※任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称	〇〇〇〇 信用金庫	
	事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇〇	
	電話	03 ( 1234 ) 5678	

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄