

常務理事	事務長	担当者

健康保険 高齡受給者証 滅失 損 再交付申請書

健康保険被保険者証の 記号		被 保 険 者 氏 名	被保険者の生年月日				対 象 者 氏 名	対象者の生年月日			
記号	番号		1. 明治	年	月	日		1. 明治	年	月	日
			2. 大正				2. 大正				
			3. 昭和				3. 昭和				
			4. 平成				4. 平成				

再交付理由	受給者証の発効年月日			受給者証の有効期限			負担割合	受給者証の交付年月日			備 考			
1. 滅失 2. き損	平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日	割	平成 令和	年	月	日	

受給者証の回収年月日	回 収 事 由					
令和	年	月	日	1. 資格喪失 2. 75歳到達 3. 認定解除 4. 負担割合変更による差換え	5. き損 6. その他 〔	〕

確認	下記の要件を満たしている場合は被保険者氏名欄の印を省略できますので確認欄にチェックをして下さい。 ※ 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 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/>	

令和 年 月 日 受 付 印

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届出します。
なお、今後は高齡受給者証を滅失又はき損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
事業所電話番号	

健康保険 高齡受給者証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証の 記号		被保険者氏名	被保険者の生年月日			対象者氏名	対象者の生年月日										
123	123	健保 太郎	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	4	2	0	2	0	7	健保 静夫	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	2	5	0	3	2	2

再交付理由	受給者証の発効年月日	受給者証の有効期限	負担割合	受給者証の交付年月日	備考																			
① 滅失 2. き損	7. 平成 9. 令和	0	3	0	4	0	1	7. 平成 9. 令和	0	7	0	3	2	1	2	割	7. 平成 9. 令和	0	3	0	3	1	6	

受給者証の回収年月日	回収事由
令和	1. 資格喪失 2. 75歳到達 3. 認定解除 4. 負担割合変更による差換え 5. き損 6. その他 []

確認	下記の要件を満たしている場合は被保険者氏名欄の印を省略できますので確認欄にチェックをして下さい。
<input checked="" type="checkbox"/>	※ 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 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

令和 3年 4月 1日 受付印

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届出します。 なお、今後は高齡受給者証を滅失又はき損することのないよう充分指導いたします。	
事業所所在地	〒 123-4567 〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3
事業所名称	〇〇〇〇 株式会社
事業主氏名	代表取締役 〇〇 〇〇
事業所電話番号	123 (456) 5790