常務理事	事務長	担当者

健康保険 高齢受給者証 蝦 井 再交付申請書

		_										
	──健康保険被保険者証の 被 が 記号 番号 被 が		食 者 氏 名 被保険者の生年月日			対 象 者 氏 名			対象	対象者の生年月日		
				1. 明治 年 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年	月 	Ħ			1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年	月日	
再交付理由	受給者証の発	効年月日 受終	合者証の有効期	限 負担	担割合	受給者証の	文付年月 日	1	備	考		
1. 滅失 2. き損	平成中	月 日 平成	年 月	E III	割	平成	月 	日 				
至処老計の同じ					ıl ə			<u>.</u>				
受給者証の回り		VET LE	□		収	事		由				
令和	$\begin{bmatrix} 2 \\ 3 \end{bmatrix}$. 資格喪失 . 75歳到達 . 認定解除 . 負担割合変更による		5. き損 6. その他 〔]	
一 ※ この届出	については、①又は②の	保険者氏名欄の印を省略で り要件を満たしたものであ たものである。 ② 記載内	る。			令和	年	月	日 (受付	、 fl	
		と 険高齢受給者証の再 はき損することのない			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	香号		()					静岡県自	自動車整備健康	康保険組合	

常務理事	事務長	担当者

健康保険 高齢受給者証 蝦 共 再交付申請書

健康保険被 記 号	:保険者証の 番 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 4 9. 令和	年 月 2 0 111111111111111111111111111111111	7 健保	静夫	5. 昭和	年 月 目 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	月限	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. 争和 () 3	年 月 日 3 0 4 0 1	年 月 7. 平成 9. 冷和 0 7 0 3	日 2 1	2 割 (年 月 7. 平成 9. 冷和 () 3 () 3			
2. さ頂									
受給者証の回収	又年月日		口		収	事	由		
年	月日	1. 資格喪失 2. 75歳到達		5. き損 6. その他					

3. 認定解除 4. 負担割合変更による差換え

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。 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齢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、今後は高齢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。

〒 123-4567 ○○市○○区○○町1-2-3 事業所所在地 事業所名称 ○○○○ 株式会社 代表取缔役 ○○ ○○ 事業所電話番号 123 (456) 5790

静岡県自動車整備健康保険組合