

決	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係
裁						

健康保険 高齢受給者証再交付申請書

記号 番号	記号	番号	再交付が必要な方	氏名	
個人番号				生年月日	昭和 年 月 日
被保険者氏名・				続柄	
生年月日				申請理由	滅失・破損・ その他()
資格取得年月日				氏名	
所在地				生年月日	昭和 年 月 日
事業所 名称				続柄	
事業主氏名				申請理由	滅失・破損・ その他()
以下のとおり申請いたします。 なお、今後は保管に十分注意いたします。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名				窓口交付 令和 年 月 日 職名 受取者 氏名	

個人番号は記号・番号を記入していただいた場合は記入の必要はありません。