常務理事	事務長	課　長	係　長	係

健康保険　高齢受給者証　　再交付申請書

被保険者情報欄

被保険者等	記　　号	番　　号

氏　名	フリガナ	生　年　月　日
		□ 昭和 □ 平成　年　月　日
住　所 電話番号	(〒　　―　　) TEL　　(　　)	

再交付が必要な方の情報欄

氏　　名	生　年　月　日	性 別	再交付の理由
フリガナ	□ 昭和　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅 失 □ き 損 □ その他
フリガナ	□ 昭和　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅 失 □ き 損 □ その他
フリガナ	□ 昭和　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅 失 □ き 損 □ その他
備　　考			

上記のとおり再交付について申請いたします。　　令和　　年　　月　　日

事業主欄

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いたします。

事業所所在地　(〒　　―　　)

事業所名称

事業主氏名

電 話 番 号　TEL　　(　　)

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者欄	