

常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	-----	----	----	----

## 健康保険 高齢受給者証<再交付>申請書

川崎重工業健康保険組合理事長 殿

この度、下記の理由により『健康保険高齢受給者証』の再交付をお願いいたします。  
なお、紛失しました『健康保険高齢受給者証』については、万一事故が起こった場合は私が全責任を負いますとともに、『健康保険高齢受給者証』を発見したときは遅滞なく返却いたします。

令和 年 月 日

被保険者証 の記号番号	記号	番号	
被保険者	氏名	事業所・所属	
	生年月日 (和暦)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
対象者	氏名	被保険者との 続柄	
	生年月日 (和暦)	昭和 年 月 日	
被保険者の 住民票住所	〒		
理由	<input type="checkbox"/> 紛失	(事由)	
	<input type="checkbox"/> 破損・汚損		
	<input type="checkbox"/> その他		

※ 破損・汚損の場合は、その『高齢受給者証』を添付(返却)してください。

事業所所在地	〒		
事業所名			
事業主名			
連絡先	担当者名:	電話:	

組合 処理	受付	(令和 年 月 日)
	証交付	
	電算登録	