常務理事	事務長	課　長	係

健康保険高齢受給者証再交付申請書

（注意事項）
○き損となったための再交付申請であるときは、き損となった高齢受給者証を添付ください。
○滅失した高齢受給者証を発見したときは、古い高齢者受給者証を返納してください。

健康保険証の 記号	健康保険証の 番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日
			□昭和 ・ □平成 ・ □令和 年　月　日

◎再交付申請の対象となる人　　**◆該当箇所を✓にしてください**

□	被保険者　※上記に同じ	原　因	□き損・□滅失・□その他（　　）
□	世帯全員	原　因	□き損・□滅失・□その他（　　）
□	被扶養者　※対象となる家族を下記に記入してください。		

被扶養者氏名	被扶養者の生年月日	続　柄	原　因
	昭和　年　月　日		□き損・□滅失・□その他（　　）
	昭和　年　月　日		□き損・□滅失・□その他（　　）
	昭和　年　月　日		□き損・□滅失・□その他（　　）
	昭和　年　月　日		□き損・□滅失・□その他（　　）

◎高齢受給者証を滅失したときの状況を記入してください。

巨樹の会健康保険組合理事長　殿

上記記載のとおり、高齢受給者証を滅失・き損しました。今後は十分取り扱いに注意します。
尚、滅失した高齢受給者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

被保険者の住所

氏名

上記のとおり被保険者から高齢受給者証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は高齢受給者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

令和　　年　　月　　日　提出

事業所所在地		受付印
事業所名称		
事業主氏名		
電話	（　　）	

社会保険労務士の提出代行印	