

受 付	令和 年 月 日
番 号	大塚健保第 号

常務理事	事務長	課 長	担 当

健康保険高齢受給者証（滅失・棄損）再交付申請書

被保険者等の記号・番号		—		被保険者氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
事 業 所 名 称							
被 保 険 者 住 所							
再 交 付 申 請 対 象 者	氏 名		性 別	生 年 月 日		続 柄	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日			
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日			
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日			
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日			
再交付を申請する理由		※紛失日・滅失・棄損した際の経緯及び再発防止策を必ず含めてください。 ◎警察への届出はしていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
上記の通り再交付を申請します。今後は紛失または破損することのないよう注意するとともに、紛失した高齢受給者証を発見したときには、直ちにこれを返納致します。 なお、紛失した高齢受給者証の不正理由により貴組合が損害を被ったときは、その責を負います。 令和 年 月 日 被保険者氏名							

大塚製薬健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

1. この申請書は、必ず自筆で記入してください。
2. 高齢受給者証を棄損の場合は、棄損した高齢受給者証を添付してください。
3. 事業所を通じてご提出ください。（任意継続被保険者の方は直接健康保険組合へご提出ください。）