

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

## 高齢受給者証 再交付申請書(カード様式)

( いずれかに  減失  き損 )

下記のとおり、被保険者証の再交付を申請します。

被保険者の住所

(申請年月日)令和 年 月 日

氏 名

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	—	被 保 険 者 氏 名	
	被保険者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	減失・き損した年月日	令和 年 月 日
	再交付対象者氏名	続柄( )		
	遺失届出日 (減失の場合)	【 遺失届受理番号 】 月 日 ( ) 警察署 第( )号		
	再交付を申請する理由 (始末書) (詳しく記入してください)			

・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

常  
務  
理  
事

決済印

受付印

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)