

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

二、
被保険者等
記号・番号

被保険者等 記号・番号	記号	番号
----------------	----	----

--	--	--

再交付理由は、できるだけ詳しく記入して下さい。
当該高齢受給者証を添付して下さい。

被保険者の 氏名			性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の 現住所	〒 -						
被保険者証 の資格取得 年月日	平成 令和	年 月 日	再交付の理由		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他		
再交付が 必要な方	氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
高齢受給者証 を滅失、き損 した理由 (詳しく)							
※この欄は、 滅失したとき に記入してく ださい。 (き損の場合は不 要です)	<p style="text-align: center;">誓 約 書</p> <p>届書に記載したとおり、高齢受給者証を滅失いたしましたが、今後は十分取扱いに注意し、以前の高齢受給者証を発見した時はただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者の氏名</p>						

上記のとおり高齢受給者証の再交付について、申請します。 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 ()		

愛知県医療健康保険組合

〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目 30 番 60 号

(TEL052-269-3203)