

## 健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

記号－番号	被保険者氏名	生年月日	性別
－		昭和・平成 年 月 日	男・女
住所 〒 ー		電話	

滅失・き損し、再交付を申請する証について、記入してください。

証を滅失・き損した者（左欄 ア・イに○をつけてください。）					届出事由
ア	被保険者本人				滅失（紛失・盗難）・き損
イ	被扶養者（下記氏名記入）	生年月日	性別	続柄	届出事由
		昭和 年 月 日	男・女		滅失（紛失・盗難）・き損
		昭和 年 月 日	男・女		滅失（紛失・盗難）・き損
申請理由	滅失（紛失・盗難）・き損（破損）した年月日および場所 令和 年 月 日 場所（ ）				
	滅失・き損した状況を詳しく記入してください。※盗難・紛失の場合は、必ず警察へ届け出てください。				

被保険者記入	上記のとおり、高齢受給者証を滅失・き損したので、届出いたします。 今後は取り扱いに十分注意いたしますので、再交付をお願いします。 なお、滅失した高齢受給者証が見つかりましたら、直ちに返納いたします。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">被保険者署名 _____</div>
--------	---

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--

事業主の証明	上記のとおり、高齢受給者証を滅失・き損したに相違ないことを証明します。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。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話
--------	--

健康保険処理欄	【再発行日】 令和 年 月 日 【高齢受給者証返納日】 令和 年 月 日 （き損の場合および滅失届出後に再発見した場合）
---------	--

※き損（破損など）の場合は、その高齢受給者証を添付してください。

受付印

