

決議	年	月	日
常務理事	事務長	担当者	

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

社員番号					被保険者 氏名	
被保険者	記号		番号			
対象者氏名					対象者氏名	
対象者氏名					対象者氏名	
対象者氏名					対象者氏名	
<再交付の事由を詳しく書いてください。>						
誓約事項		上に記載したとおり、高齢受給者証 を滅失しましたが、発見したときは、直ちに返納いたします。				
事業主証明	被保険者よりこの再交付申請書が提出されましたが、上記のとおり相違ないことを証明します。					
	年 月 日					
	適用事業所					
	名称					
この再交付申請書は紛失や、毀損等により、再交付を受ける場合に提出してください。 なお、毀損のときは、高齢受給者証を添付してください。 万一、盗難等に遭われたときは、警察等にお届けください。					健保組合受付印	