

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		〇〇〇〇〇〇〇				被保険者氏名	健保 太郎			
被保険者		記号	〇〇	番号	〇〇〇〇〇					
対象者氏名		健保 花子				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。>										
〇月〇日 〇〇〇 で 〇〇〇 をしていたところ、入っていた鞆を紛失したため。										
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				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">適用事業所</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> </table>							適用事業所		名称
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				