

届書コード	
24C	0

## 健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 記号および番号	左づめ										-	左づめ																			
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成		年		月		日																								
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)										(氏)										(名)										㊟
	4	性別	男・女																														
	5	被保険者の住所	郵便番号		-		電話		( )		都道府県																						

高齢受給者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

再 交 付 対 象 者 欄 (該 当 記 号 「 ア 」 「 イ 」 に ○ 印)	ア	被保険者(本人)分							9	再交付の原因		被保険者番号 ※記入不要			
										滅失・き損・その他		0 0			
	イ	被扶養者(家族)分 ※ 下記に高齢受給者証を再交付する被扶養者について記入してください。												被扶養者番号 ※記入不要	
	6	被扶養者の氏名		7	被扶養者の生年月日			8	性別	9	再交付の原因		被扶養者番号 ※記入不要		
		(氏)	(名)		昭和	年	月	日	男・女		滅失・き損・その他				
	6	被扶養者の氏名		7	被扶養者の生年月日			8	性別	9	再交付の原因		被扶養者番号 ※記入不要		
		(氏)	(名)		昭和	年	月	日	男・女		滅失・き損・その他				
	10	再交付の理由													

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

受付日付印

事 業 主 欄	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	㊟

11	社会保険労務士の提出代行者名記載欄
	㊟

※協会使用欄

決裁		登録		審査								
対象者番号	変更区分	再交付の原因	記録通番	発効年月日			有効期限			自己負担限度額区分		
	1 再交付	2 滅失(返不能) 3 き損		平成	年	月	日	平成	年	月	日	0 「一般」適用外 1 「一般」適用