

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書 記入の手引き

高齢受給者証を無くされた場合やき損した場合にご使用ください。

マイナ保険証をご利用いただくことで、高齢受給者証の提示は不要となります

マイナンバーカードを健康保険証として利用登録することで、マイナ保険証として医療機関等を受診できます。また、マイナ保険証を利用することで、高齢受給者証の提示が不要となります。

ぜひ、マイナ保険証をご利用ください。

※オンライン資格確認を導入していない医療機関等で受診される場合や、協会けんぽにマイナンバーの登録が行われていない場合は、高齢受給者証を医療機関等の窓口にご提示いただく必要があります。

申請書は1ページです。
漏れなく正確にご記入ください。

添付書類をご用意ください。

- き損(汚れた、破れた等)の場合
- ・ 高齢受給者証

注意事項

提出先

《事業所に勤務している被保険者の方およびその被扶養者の方》
事業主経由でご加入の協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。

《任意継続被保険者の方およびその被扶養者の方》
お住まいの協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。

その他

- 高齢受給者証の再交付を受けたあとに、無くしていた高齢受給者証が見つかった場合は、見つかった高齢受給者証を協会けんぽ都道府県支部にご返却ください。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索



- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に正しい内容をご記入ください。

1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。



2 被保険者のマイナンバーは、**①**の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。任意継続被保険者の方がマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。
①の両方を本人確認書類貼付台紙(※)に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

- ② 身元確認を行うための書類 (いずれか1点)
- ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ③ 番号確認を行うための書類 (いずれか1点)
- ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書
- (※) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人(被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人)が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等に定められています。

3 被保険者の氏名をご記入ください。機械(OCR)処理をしますので、必ず氏名(カタカナ)もご記入ください。

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

※記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

高齢受給者証を無くされた場合やき損した場合、**①**欄をご覧ください。

記号・番号	記号(左づめ) 21700023 番号(左づめ) 21	生年月日	1. 昭和 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> 日
個人番号(マイナンバー)	2		
氏名(カタカナ)	3 キョウカイ タロウ		
氏名	協会 太郎		
郵便番号(ハイフン除く)	1050000	電話番号(左づめハイフン除く)	090XXXXXXX
住所	4 東京 港区 〇〇 1-1		
対象者	2		
被保険者	氏名(カタカナ) 同上	生年月日 同上	再交付の原因 <input type="checkbox"/>
被扶養者	氏名(カタカナ) 5 キョウカイ ハナコ	生年月日 1 昭和 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> 年 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> 月 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> 日	再交付の原因 1
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します。 事業所所在地 千代田区△△1-1 事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 事業主氏名 健保 五郎 電話番号 03-XXXX-XXXX		
社会保険労務士の提出代行者名記入欄	以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。 MN確認(被保険者) <input type="checkbox"/> 1. 記入済(届付あり) 2. 記入済(届付なし) 3. 記入済(届付あり) 協会使用欄は記入不要です。 21411103		

4 再交付が必要な方を1～3から選択のうえ、あてはまる数字をご記入ください。

5 再交付が必要な方が被保険者本人の場合は②の欄の再交付の原因をご記入ください。被扶養者の場合は①の欄の氏名、生年月日、再交付の原因をご記入ください。

6 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の再交付を申請する場合は、事業主欄に記入が必要です。事業主を経由してご申請ください。