



## 船員保険 高齢受給者証 再交付申請書

高齢再

被保険者 (申請者) 欄	記号・番号 (左づめ)										
	個人番号 (マイナンバー)										
	被保険者 の氏名 (申請者)	(フリガナ)									
	生年月日	[昭和] [平成]	年	月	日						
	住 所	郵便番号	都道府県	電話番号 (日中の連絡先)	( )						

再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分	再交付の理由	
	紛失・き損・その他	
<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分	※下記に高齢受給者証が必要な被扶養者について記入してください。	
被扶養者氏名	生年月日	再交付の理由
	昭和 年 月 日	紛失・き損・その他
	昭和 年 月 日	紛失・き損・その他
	昭和 年 月 日	紛失・き損・その他
詳細な理由		

船舶所有者 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	
	船舶所有者の住所	
	船舶所有者の氏名	
	電話番号	
疾病任意継続被保険者の方は、船舶所有者欄の記入は不要です。		

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部