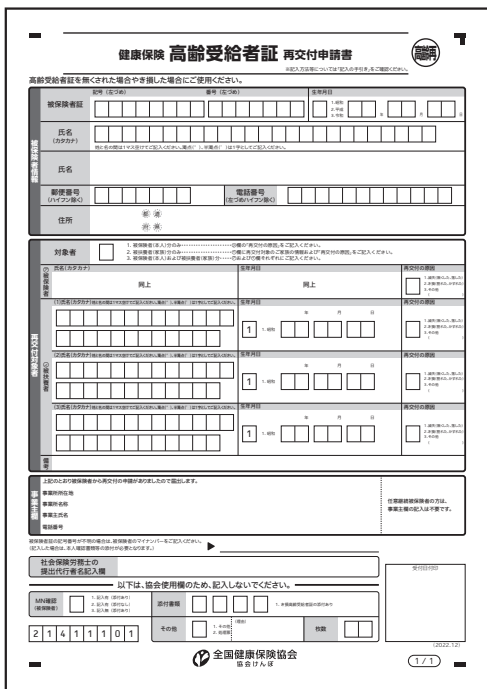


健康保険 高齢受給者証 再交付申請書 記入の手引き

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。

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、割れた等)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》
事業主経由で事業所を管轄している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》
ご自宅の住所を管轄している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

上記の注意事項の提出先となっている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。
(窓口でも受け付けます。)

* 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

高齡受給者証 再交付申請書

- ・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、左のマスを0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1

被保険者証に記載されている
記号と番号をご記入ください。
(枝番は記入不要です。)
また、協会けんぽ都道府県支部
からお送りしております各種通
知書等に記載しておりますので
そちらからも確認できます。



2

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。

3

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。

4

再交付が必要な方が被保険者本人の場合は⑦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⑧の欄の氏名、生年月日、再交付の原因をご記入ください。

5

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。

6

被保険者のマイナンバーは、被保険者証の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。

な、被保険者の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）。本人確認書類貼付台紙（※２）に、
 ② ①の両方を貼付のうえ、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
- ① 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、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書
- （※ 1） 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に定められています。
- （※ 2） 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。

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

高齢者

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

高齢受給者証が破れた場合やき損した場合にご使用ください。

被保険者情報	被保険者証 (左づめ)	2170002321	再交付理由 (左づめ)	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	生年月日	1	50	03	05	日	
	氏名 (カタカナ)	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	東京 港区〇〇 1-1										

対象者	対象者 (左づめ)	2	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)のみ	①欄の「再交付の原因」をご記入ください。 ②欄に再交付対象の家族の情報および「再交付の原因」をご記入ください。
	氏名(カタカナ)	同上	生年月日	同上
	(1)氏名(カタカナ)姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢点(・)、半漢点(ミ)は1字としてご記入ください。	キョウカイ ハナコ	生年月日	1 昭和 10 22
	(2)氏名(カタカナ)姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢点(・)、半漢点(ミ)は1字としてご記入ください。		生年月日	1 昭和
(3)氏名(カタカナ)姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢点(・)、半漢点(ミ)は1字としてご記入ください。		生年月日	1 昭和	

事業主情報	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。	事業主所在地	千代田区△△1-1
	事業主名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇	任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
	事業主氏名	健康 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)	協会使用欄は記入不要です。
21411101	その他

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 1