

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

# 健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

被保険者記入用

被保険者情報	記号 被保険者等 記号 番号 (右づめ)	番号	生年月日 年 月 日
	28	1234	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 550318 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	
	住所 (〒 650-0000)	兵庫県 神戸市○○区△△通1-2	都道府県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (○○○) △△△△	

再交付対象者欄	氏名	生年月日	再交付の理由
	健保 正子	昭和 28年 8月 27日	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 呂き損 <input type="checkbox"/> その他 高齢受給者証の入った財布を紛失したため
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 呂き損 <input type="checkbox"/> その他
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 呂き損 <input type="checkbox"/> その他
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 呂き損 <input type="checkbox"/> その他
備考			

上記のとおり高齢受給者証の再交付を申請します。

令和 8年 9月 15日

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。		・任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。
	事業所所在地 (〒 )	東京都○○区△△1-1-1	
	事業所名称	○○株式会社	
	事業主氏名	東京 三郎	

被保険者等記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(2025.12.2)