

届書コード			届書
2	5	3	

## 健康保険 高齢者受給者証 滅失 再交付申請書

(健康保険高齢受給者証発行・発行表示補正処理票 (管理簿) )

所長	次長	課長	係長	係員

◎ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

◎ 「※」印欄には記入しないでください。

◎ 標題「滅失」「棄損」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	⑦ 被 保 険 者 氏 名 (氏名)	③ 被 保 険 者 生 年 月 日 大 3 年 月 日 昭 5 平 7 令 9	④ 対 象 者 氏 名 (氏名)	⑧ 対 象 者 生 年 月 日 大 3 年 月 日 昭 5 平 7 令 9
-------------------	-------------------	--------------------------	--	------------------------	--

⑨ 再交付理由	④ 被扶養者番号	⑤ 継続療養受給者表示	⑥ 発効年月日	⑦ 有効期限	⑧ 負担割合	⑨ 交付年月日	⑩ 処理区分	⑪ 訂正後発行表示	⑫ 項番
1. 滅失 2. 棄損	※	※	※元号 令和 年 月 日	※元号 令和 年 月 日	※	※元号 令和 年 月 日	※ 発行 0 発行表示補正 1	※ 未発行 0 発行済 1	※

⑬ 回収年月日	⑭ 回収事由	⑮ 備考
※元号 令和 年 月 日	6. その他 ( )	※

上記のとおり被保険者から健康保険高齢受給者証の再交付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	( 局 )	番

令和 年 月 日 提出

受付印日付

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)