

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 40 8 15	① 対 象 者 氏 名 (氏名)	⑦ 対 象 者 生 年 月 日 大 3 年 月 日 昭 5 平 7 令 9 12 12 20
1011	2568	健保 太郎	健保	健保 一男	

⑤ 再交付理由	④ 被 扶 養 者 番 号	⑤ 継 続 療 養 受 給 者 表 示	⑦ 発 効 年 月 日	⑦ 有 効 期 限	⑥ 負 担 割 合	⑦ 交 付 年 月 日	⑥ 処 理 区 分	⑦ 訂 正 後 発 行 表 示	⑧ 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	※

⑦ 回 収 年 月 日	⑤ 回 収 事 由	⑥ 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 〒 000 - 0000  
東京都 〇〇区 △〇〇町 3-6-2

事業所名称 〇〇△ 株式会社  
事業主氏名 〇川 〇夫

電 話 03 ( 〇〇〇〇 局) 〇〇〇〇 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)