

**健康保険高齢受給者証** 滅失  
毀損  
無余白 **再交付申請書**

常務理事	事務長	課長	係長	係員

①被保険者証の記号	②被保険者証の番号	③被保険者の氏名 (氏) (名)				④被保険者の生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9			⑤性別 男1 女2	⑥再交付の理由 滅失3 無余白5 毀損4 その他8	送信		
⑦資格取得年月日 昭5 年 月 日 平7 令9		⑧被保険者の住所				⑨備考							
⑨再交付対象者の氏名 (氏) (名)		⑩生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9			⑪性別 男1 女2	⑫続柄	⑨再交付対象者の氏名 (氏) (名)		⑩生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9			⑪性別 男1 女2	⑫続柄

関東めつき健康保険組合 (R3.5)

上の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、提出いたします。  
 なお、今後は健康保険高齢受給者証を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	- -

令和 年 月 日提出

**高齢受給者証**

受付日付印

社会保険労務士 の提出代行者欄	
--------------------	--

◎添付するもの  
 ・ 滅失（紛失）したことによる再交付申請の場合は「健康保険高齢受給者証滅失届」と併せて提出してください。  
 ・ 毀損または無余白による再交付申請の場合は、その高齢受給者証を添付してください。