

常務理事	事務長				

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

大阪府貨物運送健康保険組合理事長 殿

下記の通り再交付を申請します。なお、今後は滅失・き損のないよう注意するとともに、失った高齢受給者証を発見したときは、ただちにそれをお返しいたします。

被保険者 (申請者)	記号				番号						
	フリガナ					性別	生年月日			資格取得日	
	氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	. .		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	. .
	住所	〒 - TEL ()				携帯 ()					

再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) 分	証区分	再交付の原因			
	<input type="checkbox"/> 高齢者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損			
<input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族) 分 ※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。					
被扶養者氏名	生年月日	性別	証区分	再交付の原因	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	. .	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 高齢者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	. .	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 高齢者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	. .	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 高齢者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	. .	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 高齢者証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損

事業主欄	事業所所在地	〒 -	上記のとおり被保険者から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。 なお、今後は滅失またはき損することがないように充分指導いたします。
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	()	

(注意事項)

※き損のための再交付申請は、その交付対象の証を必ず添付してください。

社会保険労務士の提出代行者印	
	印