

届出コード			処理区分			届書
2	5	3				

スタッフ

健康保険 高齢受給者証 滅失 再交付申請書

◎ 「※」印欄には記入しないでください。

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

⑤ 再交付理由	⑥ 発効年月日	⑧ 有効期限	⑨ 負担割合	⑦ 交付年月日	⑩ 備考
1. 滅失	平成 ※年月日	平成 ※年月日	※ 割	平成 ※年月日	※
2. き損	令和 	令和 		令和 	

この届出については、下記の①または②の要件を満たしたものである。

①申請者本人（被保険者）が作成したものである。

②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

(局) 番

年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者