

健康保険 高齢受給者証

滅
き
失
損

再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

被保険者等		被保険者氏名	被保険者 生年月日	対象者氏名	対象者 生年月日
記号	番号				
			昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日

再交付の原因	発効年月日			有効期間			負担割合	交付年月日			滅失またはき損した理由
	平成	年	月 日	平成	年	月 日		平成	年	月 日	
滅失							割				
き損	令和			令和				令和			

令和 年 月 日

近畿化粧品健康保険組合理事長 様

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。 なお、今後は高齢受給者証を滅失または、き損することのないよう充分指導するとともに、失った高 齢受給者証を発見したときは、ただちにお返します。	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(局) 番

受付印

※健康保険高齢受給者証をき損した場合の申請であるときは、この申請書にその健康保険高齢受給者証を添えること。