

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

この申請書は高齢受給者証を滅失・き損した場合にあらためて高齢受給者証の再交付を受けるためのものです。

提出日：令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	氏名	生年月日
			(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日
住所	〒 -			電話番号 ()

再交付が必要な方	再交付が必要な方の氏名	生年月日	続柄	再交付の理由
<input type="checkbox"/>	被保険者分		本人	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 (高齢受給者証を添付)
被 扶 養 者		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 (高齢受給者証を添付)
		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 (高齢受給者証を添付)
		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 (高齢受給者証を添付)
		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 (高齢受給者証を添付)
		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 (高齢受給者証を添付)
備考				

上記のとおり高齢受給者証の再交付について申請します。
尚、滅失した高齢受給者証を発見したときはただちに返納いたします。

事 業 主 欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士
の
提出
代行
者
印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付日付印

常務理事	事務長		担当

本書面に記載された内容や本申請において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。

パレット健康保険組合