

健康保険 高齢受給者証 減失 再交付申請書

常務理事	事務長	課 長	係 長	係 員

① 健康保険 被保険者 等の記号	② 健康保険 被保険者 等の番号	被 保 険 者 氏 名	③ 被 保 険 者 日 生 年 月 日	対 象 者 氏 名	対 象 者 日 生 年 月 日	被保険者 との続柄
		フリガナ 氏 名	昭 平 令 年 月 日	フリガナ 氏 名	昭 平 令 年 月 日	

◎「※」印欄には記入しないでください。

再交付理由
1. 減 失
2. き 損

※ 交付整理番号	※ 発 効 年 月 日	※ 有 効 期 限	※ 交 付 年 月 日	※ 負担割合	※ 処 理 区 分	※ 訂正後発行	※ 再交付番号
※	※ 平・ 令 年 月 日	※ 令 年 月 日	※ 平・ 令 年 月 日	※ 割 ☐ 発行 ☐ 発行表示補正	※ ☐ 発行 ☐ 未発行	※	※

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します。なお、今後は高齢受給者証を減失又は、き損することのないよう充分指導致します。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	() ー 番

※ 回 収 年 月 日	※ 回 収 事 由	※ 備考
※ 令和 年 月 日	※ ☐ 資格喪失 ☐ 75歳到達 ☐ 認定解除 ☐ 負担割合変更による差替 ☐ き損 ☐ その他 ()	※

令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

受付日付印

静岡県トラック運送健康保険組合