

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

下記の通り申請します。

年 月 日 提出

被保険者情報	被保険者証記号	被保険者証番号	氏名 (フリガナ)	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
住所 (〒 -)				電話番号(日中の連絡先) Tel ()			

再交付が必要な方	氏名	続柄	生年月日	年	月	日	備考
			昭和				
			昭和				
			昭和				

再交付の申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失(滅失) → 警察署への届出を推奨します。 <input type="checkbox"/> 破損 → 破損した被保険者証を添付してください。 <input type="checkbox"/> その他(詳しく記入してください)	紛失・破損の状況	<input type="radio"/> 発生日時 年 月 日 <input type="radio"/> 発生場所 <input type="radio"/> 状況(詳しく記入してください)
	_____ _____		

誓約書 (紛失の場合)	私は、本申請書に記載した通り、高齢受給者証を紛失いたしました。万一、該当高齢受給者証が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。 被保険者(本人自署)
-------------	---

* 高齢受給者証は、クレジットカードと異なり、紛失などの際に使用を停止することができません。紛失等の場合は、悪用される恐れがありますので、最寄りの警察署に届出てください。

再交付申請枚数	枚	再交付費用(1,000円×枚数)	円
---------	---	------------------	---

事業主欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は健康保険高齢受給者証を紛失または破損することがないように十分指導いたします。	
	事業所所在地	(〒 -) 年 月 日
	事業所名称	
	事業主名	
電話	Tel ()	

※ 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
 ※ 再交付後に紛失した高齢受給者証が発見された場合には、必ず発見した高齢受給者証を健康保険組合に返納してください。この場合、手数料の返戻はありませんので、ご了承ください。

健保記入欄	再交付手数料領収日	年 月 日	高齢受給者証の返納があった場合の返納日	年 月 日
-------	-----------	-------	---------------------	-------

常務理事	事務長	担当