

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

K11-2

被保険者情報	記号		氏 名		生年月日				常務理事	事務局長	課長		担当者
	番号				昭和 ・ 平成	年	月	日					
再交付対象者	本人	◎被保険者分を再交付申請するときは、☑を入れてください。					再交付申請の理由	◎該当するものに☑を入れてください。					
		<input type="checkbox"/> 被保険者分を申請する						<input type="checkbox"/> 滅失	<input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> その他			
	家族	◎下記に再交付が必要な被扶養者について記入してください。											
		被扶養者氏名	生年月日					昭和	年	月	日		
備考						今後は取扱いに十分注意しますので再交付をお願いします。 滅失した高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。							

◎滅失：盜難・遺失・焼失・紛失 / き損：破れた・汚れた

令和 年 月 日 申請

受付日付印

事業主証明欄	上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので提出します。 なお、この申請は申請者本人（被保険者）が作成又は記載内容について誤りがないことを確認したものです。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
【添付書類】 ◎き損（その他を含む）したことにより再交付申請するときは、 き損した高齢受給者証を添付してください。 ◎任意継続被保険者が滅失により再交付申請するときは、本人 確認書類を添付してください。		
社会保険労務士の提出代行者名記載欄		