

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

常務理事	事務長	課長		担当者

記号	番号	被保険者の氏名	性別	生	年	月	日	資格取得年	月	日	
			男・女	昭・平	年	月	日	昭・平・令	年	月	日
被保険者の住所								TEL			
〒											

高齢受給者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

再交付の理由	イ. 紛失 ① 紛失した日 令和 年 月 日 ② 紛失した状況(詳しく書いてください。) ロ. 毀損(高齢受給者証を添付してください。)	再交付対象者(数字に○印)	1	被保険者(本人)分									
			2	被扶養者(家族)分 ※下記に高齢受給者証を再交付する被扶養者について記入してください。									
				氏名	続柄	性別	生 年 月 日						
						男・女	昭・平・令	年 月 日					
				氏名	続柄	性別	生 年 月 日						
		男・女	昭・平・令	年 月 日									

※任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

令和 年 月 日提出

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。	
所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

受付日付印

京都府農協健康保険組合理事長 殿