

健康保険高齡受給者証 再交付申請書

常務理事	事務長	担 当		

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者	①被保険者証 記号・番号	記号	20・21	番号								②氏名			
	③所 属 (事業会社・部工場・課・係を記入ください。)										④ 連 絡 先				
被 保 険 者 記 入 欄	(フリガナ) ⑤氏 名		⑥ 性別	⑧高齡受給者証を再交付する理由											
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(いつ)	(何処で)			(どうした ※その他の場合詳細を記入してください。)							
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令和	年	月頃			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他						
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(いつ)	(何処で)			(どうした ※その他の場合詳細を記入してください。)							
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令和	年	月頃			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他						
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(いつ)	(何処で)			(どうした ※その他の場合詳細を記入してください。)							
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令和	年	月頃			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他						
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(いつ)	(何処で)			(どうした ※その他の場合詳細を記入してください。)							
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令和	年	月頃			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他							
注 意 事 項	1. 紛失・盗難の際は、必ず警察に「遺失届出書」を提出してください。														
	2. 転居による住所変更は、各人で修正を行なってください。(複数回の転居により住所欄が修正不能の場合や、その他の理由で再交付申請する場合は、「その他」にて申請してください。)														

◎提出ルート:申請者(被保険者) → 旭化成健康保険組合

健 保 受 付