

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	扱者

◎「※」印欄は記入しないでください。

①	健康保険の被保険者番号	②	健康保険の被保険者番号	⑦	被保険者氏名	③	被生保年	④	対象者氏名	⑤	対象生年	
※						昭5 平7	年 月 日				昭5 平7	年 月 日

①	再交付理由	④	被扶養者番号	⑤	継続療養受給者表示	⑥	発効年月日	⑦	有効期限	⑧	負担割合	⑨	交付年月日	⑩	処理区分	⑪	訂正後発行表示	⑫	項番		
	1. 減失 2. き損	※	※	※	※	送信	元号 平成 令和	※年 月 日	元号 平成 令和	※年 月 日	※	割	元号 平成 令和	※年 月 日	※	発行 発行表示補正	0 1	未発行 発行済	0 1	※	送信

⑬	回収年月日	⑭	回収事由	⑮	備考
	元号 平成 令和	※年 月 日	※	1. 資格喪失 2. 75歳到達 3. 認定解除 4. 負担割合変更による差替 5. き損 6. その他	※

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いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

健康保険 高齢受給者証 減失 再交付申請書

◎「※」印欄は記入しないでください。

① 健康保険 被保険者 証の記号	② 健康保険 被保険者 証の番号	⑦ 被 保 険 者 氏 名	③ 被 生 年 月 日	④ 対 象 者 氏 名	⑤ 対 生 年 月 日
※ 9999	5	健 保 太 郎	昭5 平7 〇〇 〇4 〇1	健保 華	昭5 平7 〇〇 〇2 〇1

① 再交付理由	④ 被扶養者 番号	⑤ 継続療養 受給者表示	⑧ 送 信	⑥ 発 効 年 月 日	⑦ 有 効 期 限	⑧ 負 担 割 合	⑨ 交 付 年 月 日	⑩ 処 理 区 分	⑪ 訂 正 後 発 行 表 示	⑫ 項 番	⑬ 送 信
1. 減失 2. き損	※	※	送信	元号 平成 令和	※年 月 日	※	元号 平成 令和	※ 発行 0 発行表示補正 1	※ 未発行 0 発行済 1	※	送信

⑭ 回 収 年 月 日	⑮ 回 収 事 由	⑯ 備 考
元号 平成 令和	※ 1. 資格喪失 2. 75歳到達 3. 認定解除 4. 負担割合変更による差替 5. き損 6. その他 ()	※

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いたします。

〇〇年〇〇月〇〇日提出

事業所所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中央区〇〇町1-1
事業所名称	××商事(株)
事業主氏名	代表取締役 〇〇 ×男
電話	〇〇〇 (〇〇〇〇 〇〇〇〇) 番

<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> 受付日付印 </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 社会保険労務士の提出代行者 </div>