高齢受給者証 滅失 毀損 再交付申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

※毀損の場合は、毀損した高齢受給者証を添付してください。

申請年月日　　年　　月　　日

適用事業所名	
被保険者住所	〒
被保険者氏名	

被保険者				
記号	番号	生年月日		性別
		5.昭 7.平 9.令	年　月　日	1.男 2.女

再交付対象者（**本人は区分欄のみ記入**）					紛失理由（詳細に記入のこと）
氏名	生年月日		性別	**区分**	
	5.昭 7.平 9.令	年　月　日	1.男 2.女	1. 本人 2. 被扶養者 続柄（　　）	

事業所担当者

記入上の注意

1．太枠の中を記入して下さい
（再交付対象者ごとに記入）
2．氏名は楷書でわかりやすく書いて下さい
3．性別・元号・区分 →　該当数字を○で囲む
4．被扶養者の続柄は住民票通りに記入してください。
（妻・母 等）
5．生年月日の数字が１桁の時は前に０を記入して下さい

（例）３１年７月７日 →

3	1	0	7	0	7

6．ペン又はボールペンで記入して下さい（鉛筆書きは不可です）
7．印は朱肉印でお願いします

レイズネクスト健康保険組合