届書コード	処理区分	届出

健康保険 高齢受給者証 滅失き損 再交付申請書

(高齢受給者証発行・発行表示補正処理票(管理簿))

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	係

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 被保険者生年月日		④ 対 象 者 氏 名		⑤ 対象者生年月日	
		(氏名) 印		昭 5 平 7	年 月 日	(氏名)		昭 5 平 7	年 月 日

⑥ 再交付理由	⑧ 被扶養者 番号	⑨ 継続療養 受給者表示	⑩ 発 効 年 月 日	⑪ 有 効 期 限	⑫ 負 担 割 合	⑬ 交 付 年 月 日	⑭ 処理区分	⑮ 訂 正 後 発行表示	⑯ 項 番	送信
1. 滅失 2. き損	※	※	※ 令和 年 月 日	※ 令和 年 月 日	※ 割	※ 令和 年 月 日	※ 発行 発行表示補正	※	※	

⑰ 回 収 年 月 日	⑱ 回 収 事 由	⑲ 滅 失 し た と き の 状 況
※ 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滅失又は、き損することないよう充分指導致します。

年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地	(局) 番 印
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

①
※
印欄には記入しないでください。

〔記入の方法〕

- 1、 標題の「滅失」「き損」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。
- 2、 ㊦欄は、被保険者本人の氏名を記入してください。（自署の場合は、捺印は省略できます。）
- 3、 ㊳および ㊴の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。

生年月日は、たとえば昭和7年10月1日生まれの場合は、

昭 5	7年10月1日
平 7	

のように記入します。

- 4、 ㊵欄は、該当する再交付の原因を○で囲んでください。
- 5、 ㊶欄は、滅失したときの状況を記入してください。
- 6、 「※」印欄には、記入しないでください。

〔この申請書に添付して提出する書類〕

き損となったための再交付申請であるときは、き損となった健康保険高齢受給者証を添付してください。