

## 記入例

## 高齢受給者証 再交付申請書

資格情報に記載されている  
番号をご記入ください

|                                                      |                               |                |                                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|---------------------------------------------|
| 申請日                                                  |                               | 2024 年 4 月 1 日 |                                             |
| 資格情報                                                 |                               | フリガナ           | ケンボ タロウ                                     |
| 記号                                                   | 番号                            | 電話番号           | 〇〇〇-△△△-××××                                |
| 1234                                                 | 5678                          | 生年月日           | 〇 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 |
| 被保険者氏名                                               |                               | 1 年 6 月 1 日    |                                             |
| 健保 太郎                                                |                               |                |                                             |
| (注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。 |                               |                |                                             |
| 住所<br>(住民票)                                          | 〒 〇〇〇-△△△△<br>愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△ |                |                                             |
| 住所は必ず住民票住所を記載ください                                    |                               |                |                                             |

|                                         |                                                                                                              |         |  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 再交付の理由                                  | ※該当を選択ください<br><input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損                             |         |  |
| 再交付対象者                                  | ※該当を選択ください<br><input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者<br>※被扶養者の場合は氏名をご記入ください↓ |         |  |
| ①被扶養者氏名                                 | 健保 花子                                                                                                        | ③被扶養者氏名 |  |
| ②被扶養者氏名                                 |                                                                                                              | ④被扶養者氏名 |  |
| 上記の通り再交付申請いたします。<br>年 月 日 被保険者氏名: _____ |                                                                                                              |         |  |
| 事業主証明                                   | 上記の通り、被保険者から再交付申請がありましたので提出いたします。<br>なお、今後は滅失・毀損することの無いよう十分指導いたします。<br>年 月 日<br>事業所名称 _____<br>事業主氏名 _____   |         |  |

※滅失の場合は悪用される危険性がありますので、最寄りの警察に滅失・盗難届を提出する事をお勧めいたします。

## ◆申請ルート◆

申請者→事業所→健保組合

※本申請は事業所経由でのお手続きとなりますのでお間違いないようにお願いします。