健康保険 高齢受給者証
滅失・き損 再交付申請書

常務理事	部（次）長	課　長	課長代理	係　長	担当者	証確認

健康保険の記号番号		被保険者		再交付対象の高齢受給者	
記号		氏名		氏名	
番号		生年月日	昭・平　　年　　月　　日	生年月日	昭和　　年　　月　　日
被保険者現住所	〒　　－				
再交付の原因及びその理由	1．滅失　　2．き損　　3．その他 （理由）				

確認欄	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。　②記載内容について誤りがないか申請者本人（被保険者）が確認している。
□	

今後、高齢受給者証の管理には十分注意し、失った高齢受給者証を発見したときはただちに返納いたします。

上記により高齢受給者証の再交付を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

大阪薬業健康保険組合理事長様

受付印

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いたします。
なお、今後は高齢受給者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒 （　　）

R6.12