

健康保険 高齢受給者証 滅失・き損 再交付申請書

<任継用>

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	健康保険の番号	被保険者			再交付対象の高齢受給者		
		氏名			氏名		
		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	〒 -			電話番号 ()			
再交付の原因 及びその理由	1.滅失 2.き損 3.その他 (理由)						

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

受付印

大阪薬業健康保険組合理事長様

署名欄	被保険者氏名
-----	--------