

常務理事	事務長	課長	係長	係	下記のとおり手続きしてよろしいか	
					交付年月日: 年 月 日	一部負担の割合
					発効年月日: 年 月 日	割負担
					有効期限日: 年 月 日	

健康保険高齢受給者証申請書 (紛失 ・ 再交付)

被保険者情報	健康保険の記号		氏名													
	健康保険の番号															
	住所	〒 —											TEL	—	—	
被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です)																
適用対象者	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	被保険者 との続柄								
	<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、返納できなかった高齢受給者証に関する今後一切の責任は私が負います。</p> <p>今後は取扱いに十分注意し、また後日、高齢受給者証が見つかった時は速やかに返納いたします。</p>															
被保険者署名欄	<p>令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署) _____</p>															

事業主証明欄	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>今後このようなことがないよう取扱いについて十分指導いたします。</p>														
	令和 年 月 日			事業所所在地											
				事業所名称											
			事業主氏名												

※ 高齢受給者証は、必ずマイナ保険証または資格確認書と一緒に医療機関窓口へ提示してください。

※ 適用対象者でなくなった場合は、直ちに高齢受給者証を組合に返却してください。