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	

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

健康保険高齢受給者証申請書

（ 紛失 ・ 再交付 ）

被保険者情報	被保険者証記号 / 被保険者証番号	**記号** / **番号**	氏名	**被保険者の氏名をご記入ください**	
	住所	〒 — **被保険者の住所と連絡先をご記入ください** TEL — —			
	被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証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 / **適用対象者の氏名をご記入ください**	生年月日	昭和・平成 ○○年○○月○○日	被保険者との続柄 **（例）妻**
被保険者署名欄	上記のとおり申請します。 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。 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。 令和 ○○年 ○○月 ○○日　被保険者氏名（自署） **被保険者の氏名をご記入ください**				

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 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。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 事業所所在地 **事業所の所在地をご記入ください** 事業所名称 **事業所の名称をご記入ください** 事業主氏名 **事業主の氏名をご記入ください**

※ 高齢受給者証は、必ず被保険者証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。

大阪港湾健康保険組合