

届書コード		
2	5	3

届書

**健康保険 高齢者受給者証 滅失  
棄損 再交付申請書**  
(健康保険高齢受給者証発行・発行表示補正処理票(管理簿))

所長	次長	課長	係長	係員

◎◎◎  
事業主の印  
は記入しないでください。  
署名(自筆)の場合は省略できます。  
※「滅失」「棄損」の文字は、該当する文字を○印で囲んごください。

① 被保険者記号	② 被保険者番号	⑦ 被保険者氏名	③ 被保険者 生年月日	④ 対象者氏名	⑤ 対象者 生年月日
		(氏名)	大3年月日 昭5 平7 令9	(氏名)	大3年月日 昭5 平7 令9
*					

② 再交付理由	④ 被扶養者 番号	⑤ 継続療養 受給者表示	⑥ 発効年月日	⑦ 有効期限	⑧ 負担割合	⑨ 交付年月日	⑩ 処理区分	⑪ 訂正後 発行表示	⑫ 項番
1. 滅失 2. 弃損	※	※	※元号 年月日 令和	※元号 年月日 令和	※	※元号 年月日 令和	※發行0 発行表示補正1	※未発行0 発行済1	※
		送信							送信

⑬ 回収年月日	⑭ 回 取 事 由	⑮ 備 考
※元号 年月日 令和	※ 1. 資格喪失 2. 75歳到達 3. 認定解除 4. 負担割合変更による差替 5. 弃損 6. その他	※

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。

事業所所在地	〒一
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(局) 番

令和 年 月 日提出 受付印日付

社会保険労務士の提出代行者印
印