

届書コード			届書
2	5	3	

健康保険 高齢者受給者証 減失 再交付申請書

棄損

(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

◎ 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

◎ 「※」印欄には記入しないでください。

◎ 標題「減失」「棄損」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。

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				① 対 象 者 氏 名				⑦ 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			
※																		

㊦ 再交付理由	④ 被 扶 養 者 番 号	⑤ 継 続 療 養 受 給 者 表 示	㊧ 発 効 年 月 日	㊨ 有 効 期 限	㊩ 負 担 割 合	㊪ 交 付 年 月 日	⑥ 処 理 区 分	㊫ 訂 正 後 発 行 表 示	⑧ 項 番
1. 減失 2. 棄損	※	※	※元号 令和 年 月 日	※元号 令和 年 月 日	※	※元号 令和 年 月 日	※ 発行 0 未発行 0 発行表示補正 1 発行済 1	※	
			送信						送信

㊬ 回 収 年 月 日	㊭ 回 収 事 由	㊮ 備 考
※元号 令和 年 月 日	※ 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. 棄損 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	〒 ー
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