健康保険　高齢受給者証　滅失 き損　再交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険事業所記号	被保険者整理番号	被保険者氏名		生年月日
		(氏)	(名)	年　月　日 5.昭和 7.平成 9.令和

被保険者住所	備考
〒	

再交付申請の対象となる者	氏名		生年月日	再交付の理由	備考
	(氏)	(名)	年　月　日 5.昭和 7.平成 9.令和	該当する理由に☑を記入してください ☐ 滅失　☐ き損　☐ その他	
	(氏)	(名)	年　月　日 5.昭和 7.平成 9.令和	☐ 滅失　☐ き損　☐ その他	
	(氏)	(名)	年　月　日 5.昭和 7.平成 9.令和	☐ 滅失　☐ き損　☐ 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	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(　　)

令和　　年　　月　　日

社会保険労務士記載欄

受付印

千葉県建設業健康保険組合