常務理事	事務長	担当者

健康保険高齢受給者証再交付申請書

（注意事項）
○ き損したための再交付申請は、き損した高齢受給者証を添付ください。
○ 被保険者の印は、被保険者が自筆の場合は不要です。

被保険者証	記号		番号		被保険者氏名	
被保険者生年月日	年　　月　　日					

再交付対象者	
	1.　被保険者
	2.　被扶養者（※再交付する家族を下記に記入してください。）

※再交付対象者が被扶養者の場合に記入

被扶養者氏名	被扶養者の生年月日	続柄	原因
	年　　月　　日		滅失　・　き損
	年　　月　　日		滅失　・　き損

◆高齢受給者証を滅失したときの状況をできるだけ詳しく記入してください。

被保険者記入欄	上記のとおり、高齢受給者証を滅失・き損いたしましたが、今後は十分取り扱いに注意します。 なお、滅失した高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 年　　月　　日　提出 被保険者住所 被保険者氏名
事業主記入欄	上記のとおり被保険者から高齢受給者証の再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は高齢受給者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。 年　　月　　日　提出 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話　（　　）

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合