

決	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係
裁						

健康保険 高齢受給者証再交付申請書

記号 番号	記号	1000	番号	100	再 交 付 が 必 要 な 方	① 氏名	健保 一郎
個人番号	—		—			生年月日	昭和 28 年 8 月 3 日
被保険者氏名・	健保 太郎					続柄	父
生年月日	昭和51年1月1日					申請理由	滅失・破損・ その他()
資格取得年月日	令和6年10月1日					② 氏名	
所在地	名古屋市〇〇区〇〇町〇〇番〇号					生年月日	昭和 年 月 日
事業所 名称	〇〇運輸株式会社					続柄	
事業主氏名	〇〇 〇〇					申請理由	滅失・破損・ その他()
以下のとおり申請いたします。						※窓口交付	令和 年 月 日
なお、今後は保管に十分注意いたします。							職名
令和 7年 10月 1日					受取者		
住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇					氏名		
被保険者							
氏名 健保 太郎							

※個人番号は記号・番号を記入していただいた場合は記入の必要はありません。