

# 健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

以下の太枠の中を記入してください。

被保険者の			被保険者の氏名（自署または記名・印）	被保険者の生年月日
記号		番号	印	昭和・平成 年 月 日

再交付申請の対象となる者				
氏名	生年月日	性別	続柄	
再交付の原因				
① 氏名	昭和 年 月 日	男・女	続柄	
1. 紛失 2. き損 3. 無余白 4. その他（ ）				
② 氏名	昭和 年 月 日	男・女	続柄	
1. 紛失 2. き損 3. 無余白 4. その他（ ）				
③ 氏名	昭和 年 月 日	男・女	続柄	
1. 紛失 2. き損 3. 無余白 4. その他（ ）				
④ 氏名	昭和 年 月 日	男・女	続柄	
1. 紛失 2. き損 3. 無余白 4. その他（ ）				

※ 紛失以外は、お持ちの証を添付してください。

※ 交付後に証が見つかった場合は、旧の証をすみやかに健保組合へ返却してください。

オークマ健康保険組合 理事長殿

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので、届出します。

（事業主が証明するところ）

令和 年 月 日提出
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

健保受付年月日	健保入力年月日		理事長	常務理事	事務長	担当者

オークマ健康保険組合