

※ 健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

高齢受給者証再交付申請書

被 保 険 者	記号		番号		氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
被 保 険 者 の 住 民 票 住 所	〒 -							被 保 険 者 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日			
該 当 者 氏 名					続柄										
申 請 理 由	a. 紛 失 b. 盗 難 (警察への届出 済・未) き そん c. 毀 損 (保険証を添付)		(理由をなるべく詳しく具体的に記入して下さい)												
事 業 主 の 証 明	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いたします。 なお、今後は紛失又は毀損することのないよう、本人に十分注意いたします。											令和	年	月	日
	事業所所在地														
	事業所名														
	事業主(代理人)氏名														

※記入例を参照し、太枠内の必要事項に記入し、該当するものに○を付けてください。

高齢受給者証再交付確認通知書

被 保 険 者	記号		番号		氏名	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
被 保 険 者 の 住 民 票 住 所	〒 -						被 保 険 者 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日		
該 当 者 氏 名					続柄						
申 請 理 由	a. 紛 失		(理由をなるべく詳しく具体的に記入して下さい)								
	b. 盗 難 (警察への届出 済・未 済)										
事 業 主 の 証 明	c. 毀 損 (保険証を添付)										
	事業所所在地		セキスイ健康保険組合 理事長								
事業所名											
事業主(代理人)氏名											