|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 伺 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 受付印 |  | 入 力 |
|  |  |  |  |  |
| 決裁日 |  |

農林中央金庫健康保険組合 理事長殿 ※ この申請書は**事業主を経由して**提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康保険 高齢受給者証 | 滅 失き 損 | 再交付申請書 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号 | 被保険者証の番号 | 被 保 険 者 の 氏 名 | 生 年 月 日 | 性別 | 再交付の原因(○で囲む) | 資格取得年月日 |
| (右づめ) | (右づめ) | (氏) | (名) |  | 昭･平･令 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男･女 | 滅 失き 損 | 昭･平･令 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者の住所 | 高齢受給者証再交付対象者(○で囲む) | 備 考 |
| 〒 | 本 人被扶養者 (氏名等は下欄に記入) |  |
| 高齢受給者証の再交付が必要な被扶養者の氏名 | 生 年 月 日 | 性別 | 続柄 | 高齢受給者証の再交付が必要な被扶養者の氏名 | 生 年 月 日 | 性別 | 続柄 |
| (氏) | (名) | 昭平令 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男･女 |  | (氏) | (名) | 昭平令 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男･女 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 昭平令 |  |  |  |  |  |  | 男･女 |  |  |  | 昭平令 |  |  |  |  |  |  | 男･女 |  |
|  |  | 昭平令 |  |  |  |  |  |  | 男･女 |  |  |  | 昭平令 |  |  |  |  |  |  | 男･女 |  |

　　年　　月　　日提出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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提出いたします。なお、今後は健康保険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。 |  | 〔記入の方法〕1．標題の「滅失」「き損」の該当する文字を○印で囲むこと。2．続柄欄は、被保険者との続柄を、「妻」、「実母」、「祖父」、「養父母」などとくわしく記入すること。〔この届出書に添付して提出するもの〕・健康保険高齢受給者証を滅失したための再交付申請の際は、「高齢受給者証滅失届」・き損のための再交付申請の際は、「き損した健康保険高齢受給者証」 |
| 事業所所在地事業所名称事業主氏名 | 〒 |  |  |
| （電 話） | （　　　―　　　　―　　　　） |

（第二種　Ｈ10）2022.07