

健康保険高齡受給者証再交付申請書

常務理事	部長	課長	課長代理	係長	係員

記号	番号	被保険者氏名		男・女	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
		対象者氏名		男・女	生年月日	5.昭和	年 月 日
申請の理由	滅失・き損・無余白						
上記のとおり再交付を申請します。 令和 年 月 日 大阪織物商健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名							
事業主の証明	上記のとおり被保険者から健康保険高齡受給者証の再交付申請がありましたので届出します。なお、今後は高齡受給者証を滅失または、き損することのないよう充分指導いたします。 令和 年 月 日 事業所 所在地 名 称 事業主 氏 名 電話番号						

【事業主記載欄】 事業主の確認により本人署名を省略した場合は、□に✓を付してください。

本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

※き損・無余白のときは、その高齡受給者証を添えること。

受付日付印

