

健康保険

高齢受給者証再交付

申請書

被保険者（申請者）記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

高齢受給者証再交付の申請をしたいとき（滅失・き損など）

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください			
	氏名						

対 象 者 欄	該当する対象者に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分のみ		<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分のみ		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分および 被扶養者(家族)分		
	該当する申請事由に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください		<input type="checkbox"/> 滅失		<input type="checkbox"/> き損		<input type="checkbox"/> その他 ※滅失の場合は詳しく記入 ()		
	被 保 険 者	(フリガナ) 氏名	同上			生年月日	年	月	日
	被 扶 養 者 1	(フリガナ) 氏名	続柄		生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和

(滅失の場合は記入)

上記の記載とおり、高齢受給者証を紛失したことに相違ありません。

今後、このようなことがないようにその扱いについては十分注意致しますので、再交付をお願い致します。

なお、紛失した高齢受給者証を発見したときは直ちに返納いたします。

被保険者署名:

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出します。	
	なお、今後は高齢受給者証を滅失、又はき損することのないよう、本人に十分指導致します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		

※任意継続被保険者の方は、事業主欄の証明は不要です。

※提出先 (大阪ガス) 人事部人事サービスチーム

(関係会社) 各事業所 人事総務

(任意継続) 大阪ガス健康保険組合

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

2024.12作成