

高齢受給者証・特定疾病療養受療証  
再交付申請書

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
|      |     |    |     |

|                  |          |
|------------------|----------|
| ※健保使用欄<br>再交付年月日 | 令和 年 月 日 |
|------------------|----------|

|                       |                |               |   |   |                              |                   |
|-----------------------|----------------|---------------|---|---|------------------------------|-------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 被保険者等<br>記号・番号 | -             |   |   | 被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入 |                   |
|                       | 氏 名            |               |   |   | 被保険者の<br>マイナンバー              | ※<br>注4<br>- -    |
|                       | 生年月日           | 5.昭和<br>7.平成  | 年 | 月 | 日                            | 申請年月日<br>令和 年 月 日 |
|                       | 住民票住所          | 〒 - - TEL - - |   |   |                              |                   |

再交付が必要な対象者に☑チェックを入れ、氏名・続柄記入し、再交付が必要な証と申請理由に○をつけてください。

|                  |                          |                                      |                |                                      |                            |   |                       |              |               |       |
|------------------|--------------------------|--------------------------------------|----------------|--------------------------------------|----------------------------|---|-----------------------|--------------|---------------|-------|
| 対<br>象<br>者<br>欄 | <input type="checkbox"/> | 被保険者                                 | 同上             | 被<br>保<br>険<br>者<br>と<br>の<br>続<br>柄 | 被<br>保<br>険<br>者<br>本<br>人 | 再<br>交<br>付<br>が<br>必<br>要<br>な<br>証<br>の<br>種<br>類 | 申<br>請<br>の<br>理<br>由 | 1. 高齢受給者証    | 1. 減失         |       |
|                  |                          |                                      |                |                                      |                            |   |                       | 2. 特定疾病療養受療証 | 2. き損         |       |
|                  | <input type="checkbox"/> | フリガナ<br>被<br>扶<br>養<br>者<br>①<br>氏 名 | 昭和<br>平成<br>令和 |                                      |                            |   |                       | 年 月 日        | 1. 高齢受給者証     | 1. 減失 |
|                  |                          |                                      |                |                                      |                            |   |                       |              | 2. 特定疾病療養受療証  | 2. き損 |
|                  | <input type="checkbox"/> | フリガナ<br>被<br>扶<br>養<br>者<br>②<br>氏 名 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                                |                            |   |                       | 1. 高齢受給者証    | 1. 減失         |       |
|                  |                          |                                      |                |                                      |                            |   |                       | 2. 特定疾病療養受療証 | 2. き損         |       |
|                  | <input type="checkbox"/> | フリガナ<br>被<br>扶<br>養<br>者<br>③<br>氏 名 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                                |                            |   |                       | 1. 高齢受給者証    | 1. 減失         |       |
|                  |                          |                                      |                |                                      |                            |   |                       | 2. 特定疾病療養受療証 | 2. き損         |       |
|                  |                          |                                      |                |                                      |                            |   |                       |              | 3. その他<br>( ) |       |

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| 事<br>業<br>主<br>欄 | 上記のとおり申請がありましたので届出します。 |
|                  | 令和 年 月 日               |
|                  | 所在地<br>名 称             |
|                  | 役 職<br>氏 名             |

- 【注意事項】
- この届は、高齢受給者証・特定疾病療養受療証を減失・き損したときに提出してください。ただし、マイナ保険証をお持ちの方は、高齢受給者証・特定疾病療養受療証を発行しません。
  - 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。(修正テープ使用不可)
  - 選択欄は該当(数字)のものに○を、チェック欄は☑に✓を記入してください。
  - 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。(被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。)
  - 申請理由がき損の場合、き損した証をこの申請書に添付してください。
  - ※健保使用欄は記入しないでください。
  - 減失した証が見つかったときは、交付日が古いものを直ちに返納してください。