

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
記入不可			

※健保使用欄 再交付年月日	記入不可
------------------	------

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	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	健康 太郎		被保険者の マイナンバー
	生年月日	5	5.昭和 7.平成 45 年 4 月 1 日	申請年月日
	住民票住所	〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室		

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 象 者 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者	同上	被 保 険 者 と の 続 柄	被保険者 本人	1. 高齢受給者証 2. 特定疾病療養受療証	1. 減失 2. き損 3. その他 ( )	
	<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者①	フリガナ ケンコウ カズコ 氏名 健康 和子 生年月日 昭和 平成 28 年 7 月 7 日 令和		母	再交付が必要な証の種類	1. 高齢受給者証 2. 特定疾病療養受療証	1. 減失 2. き損 3. その他 ( )
	<input type="checkbox"/>	被扶養者②	フリガナ 氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和				1. 高齢受給者証 2. 特定疾病療養受療証	1. 減失 2. き損 3. その他 ( )
	<input type="checkbox"/>	被扶養者③	フリガナ 氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和				1. 高齢受給者証 2. 特定疾病療養受療証	1. 減失 2. き損 3. その他 ( )

上記のとおり申請がありましたので戻します。

この届出は、事業主の証明が必要です。  
(※任意継続被保険者の方は除く)

事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

- 【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。