

常務理事		係				
			発議		発送	

健康保険 **高齢受給者証再交付申請書**

被保険者証の 記号および番号	—		資格取得 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	交付 有・無
被 保 険 者	氏 名				する
	生年月日	昭和・平成	年	月 日	しない
被扶養者	氏 名			続 柄	しない
	生年月日	昭和・平成	年	月 日	
被扶養者	氏 名			続 柄	する
	生年月日	昭和・平成	年	月 日	しない
事 業 所	事業所				
	所在地				
再交付をうける理由 (具体的に記入して下さい)					
※ 記入上の注意 再交付を申請する場合には、必要とする方の項目に記入して提出して下さい。					
● 証発行対象者 被保険者・被扶養者で70歳以上 ~ 75歳未満					

ミツバ健康保険組合 殿

上記のとおり(紛失、き損)につき再交付を申請します。
今後被保険者証の保管には充分注意いたします。

令和 年 月 日

被保険者

氏 名

印

上記のとおり申請があったので届出します。

所在地

事業主の証明

名 称

氏 名

印