

常務理事		係				
			発議		発送	

## 健康保険 高齡受給者証再交付申請書

被保険者証の 記号および番号	00 - 0000	資格取得 年月日	昭和 平成 00年 00月 00日	交付 有・無
被保険者	氏名	健保 健太郎		する
	生年月日	昭和	年 月 日	しない
被扶養者	氏名	健保 ○○	続柄 父	する
	生年月日	昭和	年 月 日	しない
被扶養者	氏名		続柄	する
	生年月日	昭和	年 月 日	しない
事業所	事業所	(株) ○○○○		
	所在地	群馬県桐生市○○町○○丁目123-12		
再交付をうける理由 (具体的に記入して下さい)	破損による			
※ 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。

平成 年 月 日

住所 群馬県 桐生市00町00丁目123  
被保険者  
氏名 健保 健太郎 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