

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日			
	被保険者証の	1 0	9 8 7 6 5 4 3	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5 2 年 1 0 月 2 5 日	
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ				
	住所	(〒 123 - 4568) 愛知 都道府県 名古屋市〇〇区▲▼町123番地				
電話番号 (日中の連絡先)	090 (9876) 5432					

再 交 付 が 必 要 な 方	氏名	生年月日	再交付の理由
	健保 幸子	昭和 25 年 6 月 11 日	<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考			

上記の通り高齡受給者証の再交付について、申請します。

令和 4 年 8 月 9 日

事 業 主 欄	事業所	<p>ここは空欄のまま勤務先の人事労務担当者へご提出ください。</p> <p><RT> 人事労務担当者 → 社労士事務所 → RT健保</p> <p><グループ会社> 人事労務担当者 → RT健保</p>	<p>任意継続保険者(※)の方は 事業主欄の記入は不要です。</p> <p>職後引き続き任意継続健康保険に 入されている方</p>
	事業所		
	事業主		
	電話		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄				

受付日付印

常務理事	事務長			