

適用05

田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿

受付印



高齢受給者証 再交付申請書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号・番号	記号(3桁)	番号(5桁)	被保険者 氏名	
	所属				
	申請理由				
	紛失 状況	事由発生の日時・場所・状況 警察への届出 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
	*紛失の場合、トラブル防止のために警察へ届出をお願いします。 *破損・その他による再交付申請の場合は、高齢受給者証を添付してください。				
	再交付の 必要な方	<input type="checkbox"/> 本人(被保険者) <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者):氏名 ()			
	送付先	別居、緊急入院等の理由がある場合は送付先を指定ください。通常は所属先に送付します。 〒 -			
上記のとおり高齢受給者証の再交付を申請します。 紛失による損害については、私の負担とします。 今後、高齢受給者証の取扱い及び保管には充分注意します。 なお、紛失した高齢受給者証が見つかりました時は、ただちにお返します。					

事 業 主 の 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和	年	月	日
	所在地			
	事業主	名称 氏名		

2024.12.02

* 再々交付の場合は、交付手数料を徴収することもあります。