

健保組合 使用欄	常務理事	担当上司	担 当

## 健康保険 高齢受給者証再交付申請書

三谷健康保険組合 御中

被 保 険 者 情 報	記 号		事業所(会社) の名称				
	番 号						
	氏 名				日中連絡先電話番号		
	生年月日	昭・平	年	月	日	勤 務 先	- -
						携 帯	- -
住 所	〒 -						

再 交 付 が 必 要 な 方	氏 名	生年月日			再交付の理由	
		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					

上記のとおり高齢受給者証の再交付について、申請します。

令和 年 月 日

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。		・任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です
	事業所所在地	〒	
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話		

【申請書送付先・問い合わせ先】

〒910-8510  
 福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階  
 三谷健康保険組合  
 TEL 0776-20-3155  
 FAX 0776-20-3169