

高齢受給者証（滅失・毀損）再交付申請書

常務理事	部 長	担 当 者
処理 令和 年 月 日		

事業所 担当者				
被 保 険 者 記 号 番 号	—			
被 保 険 者 氏 名				
事 業 所 名 称				
再交付申請する者の氏名			続柄	
再交付申請する者の生年月日	昭 和	年	月	日
申 請 事 由 (詳 し く)				
<p>上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は滅失又は毀損することのないよう注意するとともに、失った高齢受給者証を発見したときは、ただちにお返しします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">住所 〒</p> <p style="margin-left: 100px;">被保険者</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名 ㊟</p>				
<p>上記の再交付申請事由に相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">所在地</p> <p style="margin-left: 100px;">事業所</p> <p style="margin-left: 150px;">名 称</p> <p style="margin-left: 150px;">事業主 氏 名 ㊟</p> <p style="margin-left: 100px;">電線工業健康保険組合 御中</p>				

毀損のための再交付申請であるときは、高齢受給者証を添付してください。