

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

高齢受給者証を紛失、き損した場合に申請してください。

ただし、マイナ保険証または資格確認書で受診する方は、医療機関の窓口で高齢受給者証を提示する必要はありませんので、当再交付手続きは不要です。

健康保険証で受診する方のみ、高齢受給者証が必要ですので、再交付申請を提出してください。

(なお、現行の健康保険証は、退職等で資格を喪失したり、券面情報に変更がない限り、経過措置により 最長で2025年12月1日まで従来通り医療機関等で使用することができます)

届出申請日	年 月 日		
健康保険	記号	番号	被保険者連絡先 日中連絡可能な電話番号 ()
被保険者氏名 (自署)			生年月日 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日
会社名	<input type="checkbox"/> ジブラルタ生命 <input type="checkbox"/> ジブラルタ生命以外 () <input type="checkbox"/> 任意継続・特例退職	所属	() 支社 () 営業所 本社 () チーム その他 ()
「高齢受給者証」送付希望住所	(〒 -)		

交付対象者 (1~3のうち該当する番号を記入)	1. 被保険者 (本人) 分のみ 2. 被扶養者 (家族) 分のみ 3. 被保険者 (本人) および 被扶養者 (家族) 分
----------------------------	--

被保険者

※申請理由は、1~3のうち該当する番号を記入

氏名	フリガナ	同上	生年月日	同上	申請理由	1.紛失 (無くした、落とした) 2.き損 (割れた、汚した) 3.盗難 4.その他 ()
	氏名	同上				

被扶養者 1

氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> S 年 月 日	申請理由	1.紛失 (無くした、落とした) 2.き損 (割れた、汚した) 3.盗難 4.その他 ()
	氏名				

被扶養者 2

氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> S 年 月 日	申請理由	1.紛失 (無くした、落とした) 2.き損 (割れた、汚した) 3.盗難 4.その他 ()
	氏名				

被扶養者 3

氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> S 年 月 日	申請理由	1.紛失 (無くした、落とした) 2.き損 (割れた、汚した) 3.盗難 4.その他 ()
	氏名				

き損・紛失・盗難の状況	例) ○年○月○日、高齢受給者証を入れた財布を落とした。
警察への届出日	年 月 日 (紛失・盗難の場合)

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。

事業主名称

事業主氏名

社会保険労務士の提出代行者

※ 特例退職被保険者・任意継続被保険者は、事業主欄の記入は不要です。

当健保組合に直接郵送してください。

提出先

ジブラルタ生命	大槻事務所	各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください
PGF生命・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB労組	各事業主の健康保険担当	



【健康保険組合使用欄】

伺年月日	年 月 日	理事長	常務理事	事務局(局)長	役職者	担当者	受理日
資格取得日	年 月 日						
発行枚数	1枚・2枚・3枚・4枚						
(再)交付日	年 月 日						