

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

記入見本

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①	XXXX 年 1 月 6 日					
健康保険 ②	記号	1	番号	12345	被保険者連絡先 日中連絡可能な電話番号 ③	080 (0000) XXXX
被保険者氏名 (自署) ④	健保 太郎				生年月日 ⑤	☑S ☐H XX 年 1 月 23 日
会社名 ⑥	☒ ジブラルタ生命 ☐ ジブラルタ生命以外 () ☐ 任意継続・特例退職				所属 ⑦	() 支社 () 営業所 本社 (XXXXX) チーム その他 ()
「高齢受給者証」送付 希望住所 ⑧	(〒 XXX-XXXX) 東京都豊島区東池袋〇-〇-〇					

交付対象者 ⑨ (1～3のうち該当する番号を記入)	1	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 ⑩

※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	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 ⑪

氏名	フリガナ	生年月日	☐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	☐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	☐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 ⑫	例) 〇年〇月〇日、高齢受給者証を入れた財布を落とした。 ××××年1月1日に、〇〇病院を受診の際、保険証を提示したが、自宅に帰った際に紛失に気づいた
警察への届出日 ⑬	XXXX年 1 月 2 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 ⑭

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 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】

同年月日	年 月 日	理事長	常務理事	事務(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						

次のような場合に、この申請をご使用ください

高齢受給者証の紛失やき損、または盗難にあった際、再発行を申請する場合にご使用ください

【記入要領（記入例の番号と照合してください）】**①届出申請日**

在職被保険者の方：事業所に申請する日をご記入ください

任意継続被保険者・特例退職被保険者の方：当健保組合に申請する日をご記入ください

②健康保険記号・番号

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

③被保険者連絡先

日中連絡可能な電話番号をご記入ください

④被保険者氏名

氏名を自署でご記入ください

⑤生年月日

生年月日をご記入ください

⑥会社名

会社名にチェックまたはご記入ください

⑦所属

所属先をご記入ください

⑧「高齢受給者証」送付希望住所

「高齢受給者証」の送付先ご住所をご記入ください。

「高齢受給者証」は特定記録郵便扱いで被保険者宛への送付となりますので予めご了承ください。

⑨交付対象者

今回再交付を希望する方について、1～3のうち該当する番号をご記入ください

⑩被保険者

再交付対象者が被保険者の場合は、こちらの「申請理由」に1～3のうち該当する番号をご記入ください

⑪被扶養者

再交付対象者が被扶養者の場合は、こちらの「氏名（フリガナ）」「生年月日」「申請理由」に1～3のうち該当する番号をご記入ください

⑫き損・紛失・盗難の状況

「高齢受給者証」をき損・紛失・盗難された際の状況をご記入ください

⑬警察への届出日

警察へ届け出ていただき、「届出日」をご記入ください

⑭事業主証明欄

事業主欄は本社（または社労士事務所）で記入しますので、記入不要です

【提出先】各事業主の健康保険担当

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送にて提出して下さい。

事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当