決裁	令和　　年　　月　　日			
	理事長	担当理事	事務局長	担当者

高齢受給者証　再交付申請書

被保険者証記号	７９－	番号	

組合員氏名	性別	続柄	生年月日
	男・女	本人	昭・平・令　　年　　月　　日

対象被保険者氏名	性別	続柄	生年月日
	男・女		昭・平・令　　年　　月　　日
	男・女		昭・平・令　　年　　月　　日

事業所名称	事業所コード
	※

事業所所在地	〒　　TEL

再交付の理由（○で囲んで下さい）

１．紛失　　２．破損　　３．盗難　　４．その他（　　）

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

住　所　〒

組合員　氏　名　　㊞

電話番号

組合員のマイナンバー記載欄

（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

東京美容国民健康保険組合　理事長殿