

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 氏名 被 保 険 者	性別		続柄	生年月日										
	男・女			昭・平・令 年 月 日										
	性別		続柄	生年月日										
	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 ⑩														
電話番号														
組合員のマイナンバー記載欄			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
(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														