

阪急阪神健康保険組合理事長 殿

健康保険 高齢受給者証  
限度額適用認定証  
その他( )

再交付願

常務理事	事務長	係

年 月 日

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_ 課 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

下記の理由により、証の再交付をお願いします。

対象者	氏 名	該 当 の 証 (申請する証を○印で囲んでください)
		・高齢受給者証 ・限度額適用認定証 ・その他( ) ※カード型被保険者証の再交付については別の申請用紙となりますのでご注意ください。
再交付の理由	① 紛失 └─→ _____ 年 月 日( _____ 警察署)提出 ② 毀損 ③ 無余白 _____ 届出番号	
内容を詳しく記入してください (紛失日時・場所など) ※毀損の場合は記入不要です		

※毀損の場合は、証を添付してください。

※紛失した証を発見した場合は直ちに返還してください。

受付印

事業所	責任者		担当	
-----	-----	--	----	--

