

高齢受給者証
特定疾病療養受療証

再交付申請書

健保組合	
担当	再査

記号・番号は、〔マイナポータル〕アプリまたは日本生命健保オフィシャルHPに登載の「資格情報のお知らせ」でご確認ください

記号		番号		被保険者氏名			
再交付を申請する者の氏名	被保険者との続柄	生年月日				再発行希望の証	再交付を希望する理由
		元号	年	月	日		
		昭和 平成 令和				<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()
		昭和 平成 令和				<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()
		昭和 平成 令和				<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()
		昭和 平成 令和				<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()