

常務理事	事務長		係

高齢受給者証交付申請書

被保険者証の記号・番号			被保険者の氏名		被保険者の生年月日		
記号		番号			昭		
					平	年	月 日
被保険者の住所			〒 ー				
交付を希望する証 (該当する方を○で囲んで下さい)			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者分 被扶養者分 → 該当者について下記を記入 				
該当するものが被扶養者の場合に記入			被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		続柄
					昭・平・令 年 月 日		
					昭・平・令 年 月 日		
					昭・平・令 年 月 日		
					昭・平・令 年 月 日		
交付を希望する理由			<input type="checkbox"/> マイナンバーカード未発行のため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードと健康保険の紐づけをしていないため <input type="checkbox"/> 高齢受給者証を紛失したため <input type="checkbox"/> その他 ()				

令和 年 月 日

大阪工作機械健康保険組合理事長殿

事業主の証明	上記のとおり被保険者から高齢受給者証交付の申請がありましたので提出いたします。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 ー ()