

交付年月日		
常務理事	事務長	担当

高齢受給者証 再交付願

住友商事健康保険組合理事長

提出年月日 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	—	事業所の 名称	
被保険者名	Ⓜ 署名する場合、押印を省略可	所属部署名	
被保険者の住所	〒 —		連絡先 電話番号 (自宅・会社・携帯)
再交付が必要な方の氏名	続柄	理由(該当する項目に○印)	
		滅失 毀損 無余白 (滅失した日 年 月 日)	
		滅失 毀損 無余白 (滅失した日 年 月 日)	
		滅失 毀損 無余白 (滅失した日 年 月 日)	
被保険者送付先住所・氏名 (被保険者住所・氏名と異なる 場合のみ記載してください)	〒 —		

上記のとおり被保険者から証再交付申請がありましたので、届出いたします。
なお、今後は、滅失または毀損することのないよう充分指導いたします。

令和 年 月 日

事業所 所在地

名称

代表者 氏名