

決裁欄	常務理事	処務理センター	登録チェック	登録	審査	受付

健康保険組合 被保険者証再交付申請書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長 殿

以下のとおり相違ありませんので届けます。

被保険者（申請者）記入欄	対象者コード 0001234567		① 被保険者（申請者）氏名 健保 太郎 (健保印)		② 事業所名・担当名 NTT〇〇〇〇(株)〇〇支店 〇〇部〇〇〇〇担当 TEL (XXX) XXX - XXXX	
	被保険者（申請者）生年月日 大正昭和平成 昭和30年3月3日		④ 氏名 健保 大輔		被保険者（申請者）との続柄 長男	
	③ 紛失等種別 <input type="checkbox"/> 本人用被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 家族用被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		家族分の場合記入 生年月日 大正昭和平成 昭和57年9月17日			
	⑤ 紛失等事由 1: 汚損 2: 無余白 ③ 紛失					
	⑥ 紛失理由等		日時 平成 20 年 1 月 30 日		汚損理由	
			場所 京都市内			
			理由 旅行先で紛失した。			
⑦ 備考		京都駅前派出所へ1月30日に届出済。 届出番号XXXX号 <small>※自宅以外での紛失については、必ず警察へ届け出てください。 ※再交付が不要な場合（資格喪失・扶養取消等）はその旨を明記してください</small>				
既に申請した再交付を取下す場合は、右欄を記入してください。		取下げ理由 <input type="checkbox"/> 被保険者証を発見したため (年 月 日) <input type="checkbox"/> 資格喪失（扶養取消）のため (年 月 日)		申請した方法 <input type="checkbox"/> 電子申請 (申請番号) <input type="checkbox"/> 手書申請		

①被保険者もしくは任意継続被保険者または被保険者であった者がその氏名を記入する。

②被保険者は事業所名・担当名・電話番号を記入する。任意継続被保険者もしくは被保険者であった者は住所を記入する。

③該当する種別にレ点をする。

④（家族分の場合のみ）該当となる者について、氏名、申請者との続柄及び生年月日を記入する。

⑤該当する番号を○で囲む。

⑥日時、場所及び理由を具体的に記入する。

⑦紛失または盗難による場合は、公的機関（警察）に届け出た旨を記入する。

添付書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証（紛失等事由の1及び2に該当する場合）
------	---

(注) 1 被保険者（申請者）氏名欄の押印は、被保険者（申請者）本人が自署した場合は不要です。
2 紛失及び汚損による被保険者証の再交付については、再交付手数料をいただくこととなります。
(後日事業所等へ払込通知書を送付しますので、すみやかにお支払いをお願いします。)

事業所処理欄	事業所所在地 :	受付	
	事業所名称 :	平成 年 月 日	
	電話番号 : () -	担当者	
	チェックポイント	<input type="checkbox"/> 被保険者（申請者）記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか（添付書類欄の口枠にレ点でチェック）	

[様式：資第27号]

決 裁 欄	常務理事	処 事 務 理 セ ン タ 欄	登録チェック	登録	審査	受付

健康保険組合 被 保 険 者 証 再 交 付 申 請 書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長 殿

以下のとおり相違ありませんので届けます。

被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄	対象者コード		被保険者（申請者）氏名		事業所名・担当名		
	000				TEL. () -		
	被保険者（申請者）生年月日		大正 昭和 平成 年 月 日		氏名		
	紛失等種別		<input type="checkbox"/> 本人用被保険者証 <input type="checkbox"/> 家族用被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		家族分の 場合記入		
	紛失等事由		1：汚損 2：無余白 3：紛失				
	紛失理由等		日時	平成 年 月 日		汚損理由	
			場所				
			理由				
	備考		※自宅以外での紛失については、必ず警察へ届け出てください。 ※再交付が不要な場合（資格喪失・扶養取消等）はその旨を明記してください。				
	既に申請した再交付を取下する場合は、右欄を記入してください。		取下理由	<input type="checkbox"/> 被保険者証を発見したため (年 月 日)		<input type="checkbox"/> 資格喪失（扶養取消）のため (年 月 日)	
申請した方法			<input type="checkbox"/> 電子申請 (申請番号)		<input type="checkbox"/> 手書申請		

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 被保険者証（紛失等事由の1及び2に該当する場合）
------------------	---

(注) 1 被保険者（申請者）氏名欄の押印は、被保険者（申請者）本人が自署した場合は不要です。
 2 紛失及び汚損による被保険者証の再交付については、再交付手数料をいただくこととなります。
 （後日事業所等へ払込通知書を送付しますので、すみやかにお支払いをお願いします。）

事 業 所 処 理 欄	事業所所在地：	受付	
	事業所名称：	平成 年 月 日	
	電話番号： () -	担当者	
	チェックポイント	<input type="checkbox"/> 被保険者（申請者）記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか（添付書類欄の□枠にレ点でチェック）	