

決裁欄	常務理事	処事務理センター	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

一般被保険者用

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。

	対象者コード 0001234567	① 被保険者（申請者）氏名 健保 太郎	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 - xxx	
	被保険者（申請者）生年月日 昭和 56年 7月 8日 平成	④ 氏名 健保 花子		家族分の場合記入
	③ 再交付被保険者証 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	続柄 妻 生年月日 昭和 1年 2月 3日 平成		
	⑤ 再交付事由 1: 紛失 2: 盗難 3: 汚損 4: 住所欄無余白	⑥ 紛失理由等 日時 平成 28年 1月 1日 場所 帰省先 理由 帰省先にて紛失した 汚損理由		
	⑦ 備考 長野中央署へ1月3日に提出済。 届出番号xxxx号 <small>※盗難及び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。 (届出警察署名及び盗難届出番号又は遺失物届出番号のいずれかをご記入下さい) ※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げずる場合は、右欄を記入してください。	取下理由 <input type="checkbox"/> (年 月 日) <input type="checkbox"/> (年 月 日)	被保険者証を発見したため 資格喪失(扶養取消)のため	
	申請した方法 <input type="checkbox"/> 電子申請 <input type="checkbox"/> 手書申請			

①被保険者の氏名を記入する。

②被保険者は事業所名・担当名・電話番号を記入する。

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。

⑧本人確認の為、免許証の写し、パスポートの写し、またはマイナンバー記載のない住民票を必ず添付する。

添付書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証(写) <input type="checkbox"/> パスポート(写) <input type="checkbox"/> マイナンバーが記載されていない住民票 <input type="checkbox"/> その他() <small>上記本人確認書類は被保険者分を添付してください。 ※本人確認が未実施の場合、差戻しする場合がございます。(限度額認定証、特定疾病療養受療証の再交付の場合、本人確認書類は不要です。)</small>
------	---

- (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。(後日事業所等へ振込依頼書を送付しますので、すみやかに振込をお願いします。)
 3 再交付申請書は保険証1枚につき1部記入願います。 2枚の保険証を再交付申請する場合、2部必要です。
 4 再交付事由が1及び2に該当する場合は、新保険証が届きましたら旧保険証は受領書と共に必ず返納ください。

事業所処理欄	事業所所在地 :	事業所担当者	本件問い合わせ先(委託先等)
	事業所名称 :	年月日 担当者	電話 担当者
	電話番号 : () -	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)	

[様式：資第27号]

決 裁 欄	常務理事	処 事 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

一般被保険者用

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。

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		昭和 年 月 日 平成		家 族 分 の 場 合 記 入	氏名	
	再交付被保険者証 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			続柄	
						生年月日 昭和 年 月 日 平成	
	再交付事由		1:紛失 2:盗難 3:汚損 4:住所欄無余白				
	紛失理由等		日時	平成 年 月 日		汚損理由	
			場所				
			理由				
	備考		※盗難及び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。 (届出警察署名及び盗難届出番号又は遺失物届出番号のいずれかをご記入下さい) ※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げする場合は、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"/> 運転免許証(写) <input type="checkbox"/> パスポート(写) <input type="checkbox"/> マイナンバーが記載されていない住民票	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
上記本人確認書類は被保険者分を添付してください。 ※本人確認が未実施の場合、差戻しする場合がございます。 (限度額認定証、特定疾病療養受療証の再交付の場合、本人確認書類は不要です。)		

- (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。
 (後日事業所等へ振込依頼書を送付しますので、すみやかに振込をお願いします。)
 3 再交付申請書は保険証1枚につき1部記入願います。 2枚の保険証を再交付申請する場合、2部必要です。
 4 再交付事由が1及び2に該当する場合は、新保険証が届きましたら旧保険証は受領書と共に必ず返納ください。

事 業 所 処 理 欄	事業所所在地 :		事業所担当者		本件問い合わせ先(委託先等)	
			年月日		電 話	
	事業所名称 :		担当者		担当者	
	電話番号 : () -		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)	