

〔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

任意継続被保険者用

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	記 号	番 号	① 被保険者（申請者）氏名	被保険者（申請者）生年月日	
	1 0 0 0	0 1 2 3 4 5 6	健保 太郎	昭和 4 0 年 3 月 3 日	平成
	② 住 所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 東京都千代田区内神田 3 - 6 - 2			
	② 連 絡 先	0 3 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8		④ 氏 名	健保 一郎
	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	長 男
				生年月日	昭和 5 年 5 月 5 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 2 8 年 1 月 1 日	汚損理由	
		場所	京都市内		
		理由	旅行先で紛失した		
	⑦ 備 考	京都府警駅前交番へ1月1日に届出済み 届出番号1234号 ※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。			
添 付 書 類	⑧ <input type="checkbox"/> 免許証の写し <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）の写し <input type="checkbox"/> マイナンバー記載のない住民票		いずれかの本人確認書類（被保険者本人分）を必ず添付してください。 （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。
（後日ご自宅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。）
3 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。

①任意継続被保険者の氏名を記入する。

②住所・連絡先を記入する。

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（被保険者本人分）の為、免許証の写し、旅券（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。

この申請書は、被保険者が直接健康保険組合へ送付してください。

送付先… 〒180-8585 東京都武蔵野市緑町3丁目9-11
N T T クラルティ株式会社 N T T 健康保険組合担当
電話 0422-38-5552

〔様式：資第27号〕

決 裁 欄	常務理事	処 事 務 理 セ ン 欄 タ	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

任意継続被保険者用

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	記 号	番 号	被保険者（申請者）氏名		被保険者（申請者）生年月日	
	1 0 0 0		昭和 平成		年	月 日
	住 所		〒			
	連 絡 先		— —		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 平成 年 月 日
	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		※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 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 <input type="checkbox"/> 資格喪失（扶養取消）のため (年 月 日) (年 月 日)			
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 免許証の写し		いずれかの本人確認書類（被保険者本人分）を必ず添付してください。 （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。）			
	<input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）の写し					
	<input type="checkbox"/> マイナンバー記載のない住民票					

- （注）
- 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。
 - 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。
（後日ご自宅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。）
 - 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。