

健 保 使用欄	前回交付年月日	平・令	年	月	日				
	再交付決定年月日	令和	年	月	日				
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日				
	申請理由	減失 き損 その他							

健康保険 被保険者証 再交付申請書

NTPグループ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

事業所名（会社名）		所属部門（常駐店舗等）		問合せ先の電話番号		
				- -		
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		性別
		⑩		昭・平 年 月 日		男・女

被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

再 交 付 対 象 者 欄	ア	被保険者（本人）分			再交付の原因	
					減失 き損 その他	
	イ	被扶養者（家族）分 ※ 下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入してください。				
		被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日	性別	再交付の原因
		昭和・平成・令和 年 月 日	男女	減失 き損 その他		
ア ・ イ に ○ 印	再交付の理由 （詳しく）					
	盗難の可能性がある場合は、警察へ届け出の有無			有 ・ 無		
届出警察名		届出日	令和 年 月 日	受理番号	第 号	

誓 約 書	再交付対象者の氏名		理 由	
	今回、（ ）の不注意により、健康保険証を（ ） 今後は細心の注意を払い、大切に扱います。			
		再交付対象者の氏名		⑩

※ 任意継続被保険者の方は下記事業主欄の記入は不要です。

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。			
	事業所所在地			
	事業所名称			
事業主氏名		⑩		

申請者 → 各社人事部 ・ 総務部 ・ 労政部 → 健保組合