

健康保険被保険者 各種再交付申請書

										常務理事	事務長		担当	
データ /														
被保険者証の記号・番号				被 保 険 者 氏 名		性 別	生 年 月 日			資 格 取 得 年 月 日				
記号		番 号		(氏)	(名)	印	年号	年	月	日	年号	年	月	日
被保険者の住所														
証の種類						資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ ・ 高齢者受給者証								
再交付該当者						被 扶 養 者 の 場 合								
被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者						氏名		生年月日	年号	年	月	日	続柄	
申請理由	☐ き 損		き損した時の状況											
	☐ 滅失		滅失した時の状況 (日時・状況を詳しく)											
			警察受理番号		※資格確認書のみ必須									

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。

令和 年 月 日

N D S 健康保険組合理事長 殿

事業所所在地
事業所名
事業主名

印

受付日付印

- (注) ・滅失の場合 (1)滅失した時の状況を詳しく明記し**始末書を添付すること**。(資格確認書のみ)
 (2)再交付申請後出てきた場合は直ちに再交付前の資格確認書・高齢者受給者証を返納すること。
 資格情報のお知らせは、返納不要
 ・き損により再交付をするときは、各証等を添付すること。