

健 保 使用欄	前 回 交 付 日	年 月 日				
	再 交 付 決 定 日	年 月 日				
	資 格 取 得 日	年 月 日				
	申 請 理 由	減失 き損 その他				

健康保険 資格確認書・資格情報のお知らせ (再)交付申請書

下記の太枠内の該当する項目をすべて記入し、ご提出ください

NTPグループ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請いたします。

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	
				年 月 日 男・女	
(再)交付するもの		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ			
再 交 付 対 象 者 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者 (本人) 分			再 交 付 の 原 因
					⇐下記の理由から選択 ※該当の番号を記入
	<input type="checkbox"/>	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。			
		氏 名		生 年 月 日	再 交 付 の 原 因
				年 月 日	⇐下記の理由から選択 ※該当の番号を記入
				年 月 日	
			年 月 日		
再交付の理由		1.マイナンバーカード紛失 4.マイナ保険証利用における第三者サポートが必要な方 2.マイナンバーカード更新中 5.資格確認書の減失・き損 3.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ 6.資格情報のお知らせの減失・き損			
資格確認書の減失の場合は、警察への届出状況と誓約書を必ずご記入ください ※自宅での紛失の場合は不要					
届出警察名			届出日	年 月 日	受理番号 第 号
誓約書		上記の届出書に記載のとおり資格確認書を減失したことに相違ございません 第三者が紛失した資格確認書等を使用した時の、医療費その他損害については、私が責任を負うことを誓います 今後は取り扱いに十分注意いたしますので再交付願います  被保険者氏名(自署:サイン) _____			

注意事項 ①マイナ保険証を利用されている方は、再交付の対象外となります。  
②減失した際は、悪用のされる危険性があります。必ず警察へ届出を出してください。

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	

申請者 → 各社人事部 ・ 総務部 ・ 労政部 → 健保組合