

遠隔地健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書
き損 無余白

常務理事	事務長		担当

データ	/	保険証	/													
被保険者の記号・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	男・女	年号	年	月	日	年号	年	月	日
再交付の原因					被扶養者の現住所											
滅失・き損・無余白																
被扶養者氏名				性別	生年月日											
(氏)		(名)		男・女	年号	年	月	日								
申 請 理 由																

上記のとおり被保険者から健康保険遠隔地被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。
平成 年 月 日

NDS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) (1)滅失した場合は、再交付理由を詳しく明記し**始末書を添付**すること。
 (2)盗難にあった場合は、警察に届出をし、警察の受付番号を申請理由欄に記入すること。
 (3)再交付申請後出てきた場合は直ちに再発行前の健康保険者証を返納すること。
 (4)き損、無余白により再交付をするときは、被保険者証を添付すること。