交付日	令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 □高齢受給者証 □特定疾病受領証　再交付申請書

NTN健康保険組合理事長　様　　令和　　年　　月　　日　提出

被保険者が記入するところ	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	明治 大正 昭和 平成 令和　年　月　日	資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
	被保険者の現住所	〒	TEL		
	再交付対象者		続柄		
	再交付を申請する理由	紛失【屋外・屋内】・盗難・ 毀損・無余白・その他(　　)			
	※滅失の場合の誓約 上記のとおり再交付を申請致します。 なお、再交付を受けた後に当該証を発見したときには直ちに返納いたします。 令和　　年　　月　　日 被保険者　氏名				

事業主の証明	上記の事項について相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日 事業所所在地 事業所名 事業主名	確認欄	
		□	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している

《注意事項》

1. 標題の「高齢受給者証」・「特定疾病受領証」のいずれかの該当する方を☑して下さい。
2. 記号・番号及び氏名欄は、健康保険被保険者証をよく確認のうえ、記入して下さい。
3. 再交付申請者一人に付き1枚ずつ提出して下さい。
4. 紛失・盗難の場合は滅失届を添付して下さい。
5. き損・無余白の場合は証を添付して下さい。

受付印