

健康保険 被保険者 確認書 (紛失時用)
被扶養者

NO. 1- 1

日本旅行健康保険組合

事業所番号	←保険証の「記号」をご記入ください。	所属箇所 現在 訂正
事業所名称	←所属している「会社名」をご記入ください。	

被保険者証の		被保険者				確認印	
記号		フリガナ	現在		元号 生年月日	性別	
番号			訂正				
取得年月日		氏名	現在				
			訂正				
健康保険所 (現在居住地)	現在						
	訂正						
住民票登録住所(注)							
電話番号	現在	自宅	登録なし		携帯	登録なし	
	訂正	自宅			携帯		
メールアドレス※	現在	登録なし				会社・自宅PC・携帯(いずれかに○)	
	訂正					会社・自宅PC・携帯(いずれかに○)	

※メールアドレスは会社のある場合は会社のもの、会社のない場合に自宅PC又は携帯のものをご記入ください。

◎ 被扶養者に関する事

		氏名	元号 生年月日	続柄	性別	住所 (注)参照
1	現在	フリガナ				
		氏名				
	訂正	フリガナ				
		氏名				
2	現在	フリガナ				
		氏名				
	訂正	フリガナ				
		氏名				
3	現在	フリガナ				
		氏名				
	訂正	フリガナ				
		氏名				
4	現在	フリガナ				
		氏名				
	訂正	フリガナ				
		氏名				

(注) 住民票登録住所は、現在の居住地と異なる場合は必ずご記入ください。