

三菱自動車健康保険組合 御中

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由でご提出ください。)

- 健康保険限被保険者証
- 健康保険限度額適用認定証
- 高齢受給者証
- 特定疾病療養受給者証

紛 失 届

(この届で再発行の申請はできません)

退職時や扶養減の届出の際に、証書を紛失し返却できない場合に紛失した証書に☑を付けてお届出ください。

複数のものの届出が必要な場合は、それぞれ紛失届をご提出ください。

※消えない筆記具(ボールペン等)で太線内該当欄に記入してください。

記号	被保険者番号・枝番	被保険者氏名	生年月日			
			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 平成			
			<input type="checkbox"/> 令和			

	続柄	フリガナ 氏 名	枝番	生年月日			
	紛失の対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日

被保険者自署欄	紛失理由(紛失した場所や理由を詳しくご記入ください。)					
	上記の理由により、証書を返却できないことを届出します。 今後、紛失した証書を発見した場合は、速やかに健康保険組合へ返却いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名(自署)					

令和 年 月 日 提出

上記、届出内容に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主(代理人)氏名

電話連絡先

事業主担当者確認 申請者(被保険者)が作成したものである

健保承認No.
<input type="checkbox"/> 資格喪失日
令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 扶養削除日
令和 年 月 日

健保受付印

三菱自動車健康保険組合			
常務理事	事務長	主任	担当