

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。
 被保険者(本人)の自署の場合は押印を省略できます。
 ※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。文字が消える場合は届出を受付しません。

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

続柄	フリガナ		性別	生年月日			
	氏	名		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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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。 また紛失した証書による医療費等の不正使用があった場合は、ただちに健康保険組合へ連絡し、責任をもって弁済します。 令和 年 月 日 <p style="text-align: center;">被保険者氏名(自署)</p>	

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

健保承認No.	健保受付印
<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	

三菱自動車健康保険組合			
常務理事	事務長	主任	担当