

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。)

記入例

- 健康保険限被保険者証
 - 健康保険限度額適用認定証書
 - 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。
 被保険者(社員本人)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			
101	1023456	三菱 太郎 (印)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	50	06	07

続柄	フリガナ		性別	生年月日			
	氏	名		年	月	日	
<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他	三菱	ハチコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	02	03	15
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他	三菱	タケル	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	01	06	10
<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			
<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			

紛失理由(紛失した場所や理由を詳しくご記入ください。)

被保険者自署欄

紛失場所/自宅(東京都港区芝浦)
 紛失理由/引越しの際、荷物の中に紛れなくしてしまった

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 1年 10月 1日

必ず自署お願い致します

被保険者氏名(自署) 三菱 太郎 (印)

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

この欄は事業主記入欄ですので、被保険者は記入しないでください

(印)

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	検印	担当