

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。)

### 健康保険被保険者証再交付申請書

健康保険被保険者証の再発行にかかわる費用(500円/枚)は自己負担です。所属の会社経由で請求いたします。  
被保険者(本人)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申請を受付しません。  
記号・被保険者番号不明の際は、勤務先の健保担当窓口へご確認ください。

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	フリガナ名	性別	生年月日			再交付の理由	
	氏名			年	月	日		
再交付申請の対象者	<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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )

再交付の理由(滅失した場所やき損した理由を詳しくご記入ください。)

被保険者自署欄

上記の通り再交付を申請します。  
 今後は健康保険証の取扱いに十分注意し、滅失した健康保険証を発見した場合は、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  
 被保険者氏名(自署)

令和 年 月 日 提出

上記、申請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
再発行手数料請求	
年 月	

三菱自動車健康保険組合			
常務理事	事務長	主任	担当