

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(1,000円/枚)は自己負担です。所属の会社経由で請求いたします。  
※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。  
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・枝番	被保険者氏名	生年月日			
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日

	続柄	フリガナ		枝番	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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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	上記のとおり保険証の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。 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
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 <input type="checkbox"/>

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