

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。申請のあった翌月の給与で精算します。  
※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			
1 0 1	1050000・01	三菱 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
				6 2	0 6	0 7

続柄	フリガナ		枝番	生年月日				再交付の理由
	氏名	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	ミツビシ	ハチコ	0 2	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0 2	0 3	1 5	<input checked="" 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		三菱 花子		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				<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				<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				<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				<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )

被保険者自署欄	再交付を希望する理由(滅失した場所やき損した理由を詳しくご記入ください。)	
	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なりました	
	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。 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**

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

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