

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。)

- 健康保険限度額適用認定証
- 高 齢 受 給 者 証 再 交 付 申 請 書
- 特定疾病療養受給者証

再交付の必要な証書に☑を付けてご申請ください。複数のものを希望される場合は、それぞれ申請書をご提出ください。  
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申請を受付しません。

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	フリガナ名	性別	生 年 月 日			再交付の理由	
		氏 名						
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 ( )

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。)						
	<p>上記の通り再交付を申請します。          今後は証書の取扱いに十分注意し、滅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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名(自署)</p>						

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 (印)

電話連絡先

健保承認No.	健保受付印

三菱自動車健康保険組合			
常務理事	事務長	検印	担当