

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

- 健康保険限度額適用認定証書  
 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。  
 ※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・枝番	被保険者氏名	生年月日			
1 0 1	1 2 3 4 5 6 7・0 0	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		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	ハナコ	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 ( )
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。 令和 1年 10月 1日							
被保険者氏名(自署) 三菱 太郎							必ず自署お願い致します	

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		
三菱自動車健康保険組合			
常務理事	事務長	主任	担当

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