

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。
被保険者(社員本人)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		
1 0 1	1 0 2 3 4 5 6	三菱 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5 0	0 6 0 7

再交付申請の対象者	続柄	フリガナ氏名	性別	生年月日			再交付の理由
	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他	三菱 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0 2	0 3	1 5
<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				<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				<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				<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。

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

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

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