

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。)

- 資 格 確 認 書  
 健康保険限度額適用認定証  
 高 齢 受 給 者 証  
 特 定 疾 病 療 養 受 給 者 証  
 ( ) ※

## 紛失届

退職時や扶養減の届出の際に、証書を紛失し返却できない場合に紛失した証書に☑を付けてお届ください。

複数ものの届出が必要な場合は、それぞれ紛失届をご提出ください。

※上記4証書以外のものを届け出る場合は、該当する書類の名称を記載してください。

**【注意】消える筆記具で記載されたものは、受付いたしませんのでご注意ください。**

なお、被保険者記号・番号が不明の場合は、勤務先の健保担当窓口をご確認ください。

被保険者等記号	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										
記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
続柄	枝番	フリガナ 氏 名	性別	生年月日													
<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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										
紛失理由(紛失した場所や理由を詳しくご記入ください。)																	
被 保 険 者 自 署 欄	上記の理由により、証書を返却できないことを届出します。																
	後日、紛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 年 月 日																	
被保険者氏名(自署)																	

令和 年 月 日 提出

上記、届出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.	受付日付印
<input type="checkbox"/> 資格喪失日 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 扶養削除日 令和 年 月 日	

常務理事	事務長	主任	担当