

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(1000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。
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	性別	生年月日				
101	1050000・01	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	06	07

	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	03	15
<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 ()
<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。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

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	検印	担当