

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)で太線内該当欄に必要事項を記入してください。
なお、被保険者等記号・番号が不明の場合は、勤務先の健保担当窓口へご確認いただくか、マイナンバーを記入してください。

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。							

	続柄	枝番	フリガナ	性別	生年月日			再交付の理由	
			氏名		年	月	日		
再交付申請の対象者	<input type="checkbox"/> 本人			<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"/> 配偶者			<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"/> 子			<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"/> その他				<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"/> その他				<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 ()

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

上記のとおり証書の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 年 月 日

被保険者氏名(自署)

令和 年 月 日 提出

上記、申請内容を確認しました。

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