

各証書を紛失し再発行を希望する場合は、この用紙を提出してください。

該当するものに✓

保険証・資格確認書等を確認のうえ
記号番号を記入してください。

20241001

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
- 特定疾病療養受給者証

記号番号が不明な場合、マイナンバーを記入して申請することも可能です。

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	昭和 年 月 日 平成 令和
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。				

紛失した方の内容を記入する

続柄	枝番	フリガナ氏名	性別	生年月日	再交付の理由
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日 平成 令和	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ()

再発行の理由(詳細)を記入し
誓約欄に氏名を記入(自署)してください。

再交付を希望する理由(滅失した場所やき)

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)

健保使用欄

(記入しないでください)

再発行を受けたのちに、紛失した旧証書が見つかった場合は古い方を必ず返却してください。