

三菱自動車健康保険組合 御中
 (健康保険組合に直接ご提出ください。)

- 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。
 ※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。

| 被 保 険 者 情 報 | 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"/> 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"/> 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 | 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"/> 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"/> 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 | 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"/> 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"/> 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)

| 三菱自動車健康保険組合 | | | |
|-------------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 |
| | | | |

| |
|---------|
| 健保承認No. |
| |

| |
|-------|
| 健保受付印 |
| |