

常務理事	事務長	調査	G L	担当	

被 保 険 者 証 等 (滅失・き損) 再 交 付 申 請 書

三菱マテリアル健康保険組合

被保険者証の 記号と番号	記号 (左詰め)				番号 (右詰め)							
被保険者氏名	Ⓜ							生年月日	S・H	年	月	日
滅失した者の き損氏名				続柄			滅失した証	被保険者証・高齢受給者証・ 限度額 適用認定証 その他 ()				
被保険者の 現住所	(郵便番号) _____											
被保険者証を 滅失した年月日 き損	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日											
被保険者の 勤務している 事業所	名称											
	所在地											
被保険者証を 滅失した事由 き損 (詳しく)												
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出												
上記のとおり、 _____ 証を滅失しましたが、この _____ 証を 発見したときは、ただちに返納いたします。												
備考												<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> / </div> 受付日付印
事業主 証明	上記のとおり相違ないことを証明します											
	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin-right: 5px;">印</div>											
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-between;"> 事業所担当課 </div>												

※個人情報の取り扱いについて

この届書に記載されている個人情報は、この手続き等に関する業務に利用します。

この書類の提出は、事業主を経由して届け出ること同意されたものとして処理します。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)