

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: 20px; margin: auto;"></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: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> 印									
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> 事業所担当課										
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></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。)