

徴収(円)	常務理事	事務長	担当者
徴収しない			

健康保険 被保険者証
(毀損・滅失)再交付申請書
滅失届

令和 年 月 日提出

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合 御中

被保険者	記号		番号		資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日
	氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒				
被保険者が勤務している事業所	会社名					
	所在地					

1. 被保険者証の再交付を要するときに記入してください。

再交付を要する理由	毀損・紛失	
	※右記に該当する場合はこちらにも○ 盗難・自然災害・火災・印刷面摩耗	
再交付が必要な者の続柄	(※理由を詳しく記入してください。)(警察に届出た年月日)	
氏名		
(再交付をする状況に応じて番号に○をしてください。)		
1. 上記のとおり被保険者証を毀損しました。今後取扱いに十分な注意を致しますので再交付願います。尚、毀損した被保険者証を添付致します。		
2. 上記のとおり被保険者証を紛失致しました。今後取扱いに十分な注意を致しますので再交付願います。尚、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納致します。		
<注>再交付に当たっては原則として1,000円/枚の手数料が発生します。なお、この場合再交付被保険者証の発送は手数料の振込完了後となります。		

2. 被保険者証の再交付を要しないときに記入してください。

滅失届提出時の状況	毀損・紛失	
	※右記に該当する場合はこちらにも○ 喪失時・更新時	
再交付が不要な者の続柄	(※理由を詳しく記入してください。)(警察に届出た日:令年月日)	
氏名		
(再交付を要しない状況に応じて番号に○をしてください。)		
1. 上記のとおり被保険者証を毀損しましたが再交付は不要です。尚、毀損した被保険者証を添付致します。		
2. 上記のとおり被保険者証を紛失致しましたが再交付は不要です。尚、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納致します。		

<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>事業主 名称</p> <p>氏名</p>

受付日付印