受付日付印

健康保険資格確認書再交付申請書

三菱自動車健康保険組合　御中

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)													個人番号または記号・番号のいずれかを記載してください	
	被保険者等 記号・番号					ー								生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
	氏　　名 (自署)	ﾌﾘｶﾞﾅ													
	住　　所	〒（　　ー　　）　電話番号（　　）　内線不可													

【注】資格確認書の再交付については、手数料(1,000円/枚)を徴収致します。(所属の会社経由で請求いたします)

既に交付されている資格確認書を滅失・き損したため再交付を希望いたします				
再交付対象者欄	対象者	□　被保険者(本人)	□　被扶養者(家族)	
	氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します

事業主欄	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号

常務理事	事務長	主任	担当	処理	
				IP	No.