

■提出先：MMC本社 HRサービス課 社会保険担当宛

村田製作所健康保険組合(MKK)			
常務理事	事務長	確認	受付

不明の場合は、  
未記入で可

会社名、事業所名を記入  
して下さい

健康保険被保険者証 再交付申請書

村田製作所健康保険組合理事長 殿

健康保険証 記号一番号	<b>1 - 10001</b>	事業所名	<b>(株)村田製作所 野洲事業所</b>		
被保険者の氏名	<b>村田 太郎</b>	氏名コード	<b>MM00001</b>		
電話番号 (日中の連絡先)	<b>2-010-0000</b>	職場・携帯・自宅	←該当に○をお願いします (平日9:00-17:00に連絡がつくこと)		
再交付が必 要	チェック欄	再交付が必要な方の氏名	続柄	生年月日	
	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者(本人)分 <b>村田 次郎</b>	本人 <b>二男</b>	1.昭和 2.平成 3.令和	<b>50</b> 年 <b>9</b> 月 <b>9</b> 日 <b>20</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日
申請理由 (該当欄にチェック)		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難	届出した警察署名 (又は交番名)	<b>野洲交番</b>	遺失届 受理番号 <b>00000</b>
		<p>今後は被保険者証の保管、使用について十分注意します。 紛失、盗難された被保険者証が不正に使用された場合は一切の責任を負います。 発見した場合は直ちに返納いたします。</p> <p>被保険者署名・捺印 <b>村田 太郎</b> </p>			
		<p><input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 文字消え 【破損・文字消えの被保険者証を添付してください】</p> <p>今後は被保険者証の取り扱いに十分注意します。</p> <p>被保険者署名・捺印 </p>			
発生状況		<p>【詳細を記入して下さい】</p> <p>①発生日 <b>令和 1 年 5 月 4 日</b></p> <p>②場 所 <b>梅小路公園</b></p> <p>③状 況 <b>周辺を散策している際に財布を無くしてしまいました。 財布には、健康保険証を入れており、一緒に紛失して しました。</b></p>			

上記のとおり健康保険被保険者証の再交付を申請いたします。

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。	人事担当者確認印
	事業所名称		
	事業主氏名		

受付日付印