

課長	係長	主任	係

健康保険特定疾病療養受療証 滅失再交付申請書

被 保 險 者 情 報	被保険者証の記号・番号	記 号	番 号				
	フリガナ				生 年 月 日		
	氏 名				昭和 平成	年 月	日
	住 所	〒	一	都 道 府 県	TEL	()	
電話番号 (日中の連絡先)							

対 象 者	対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。						
	フリガナ				生 年 月 日		
	氏 名				昭和 平成 令和	年 月	日

滅 失 し た 状 況	滅 失 日	令和	年	月	日	
	滅失したときの状況	※「不明」や空欄は受付できませんのでご注意ください。				

送 付 先	上記の「被保険者住所・被保険者宛」以外に送付を希望する場合のみご記入ください。						
	<ul style="list-style-type: none"> * 会社宛の場合は社名・部署名等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 医療機関宛の場合は事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、医療機関名・病棟・病室番号等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 個人宅宛で送付先の苗字と受取人の苗字が異なる場合のみ、必ず(様方)をご記入ください。 						
	住 所	〒	一	都 道 府 県	TEL	()	
	電話番号 (日中の連絡先)						
社名・部署名 医療機関名 病棟・病室番号等			宛 名 (個人名)	(様方)		様	

うえの届書に記載したとおり、受療証を滅失いたしましたが、今後は、充分取り扱いに注意いたします。 なお、この受療証を発見したときは、直ちに返納いたします。						
令和	年	月	日	被保険者氏名		

備 考				※受付日付印		
-----	--	--	--	--------	--	--