

# 健康保険 特定疾病療養受療証 滅失届

|                            |                |    |    |   |
|----------------------------|----------------|----|----|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者等<br>記号・番号 | 記号 | 番号 | ◎ 特定疾病療養受療証を滅失した方、<br>お一人につき1枚提出してください。<br><br>◎ 必ず被保険者が記入してください。 |
|                            | フリガナ           |    |    |   |
|                            | 氏名             |    |    | 昭和 平成 年 月 日   |
| 勤務する<br>(していた)<br>事業所名称    |                |    |    | ※任意継続被保険者の場合は記入の必要はありません。   |

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

うえの届書に記載したとおり、特定疾病療養受療証を滅失いたしました。今後は、充分取り扱いに注意いたします。  
なお、この特定疾病療養受療証を発見したときは、直ちに返納いたします。

|                  |          |
|------------------|----------|
| 提出日              | 令和 年 月 日 |
| 住所               | 〒 都道府県   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL ( )  |
| 被保険者氏名           |          |
| 備考               | ※受付日付印   |

- 被保険者の資格がなくなったとき、または被扶養者でなくなったときに  
特定疾病療養受療証を滅失して返納することができない場合に提出してください。