

調査役	課長代理	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 険 者 情 報	被保険者等 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 電話番号 (日中の連絡先)	〒	—		都道 府県	TEL	()		

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。								
	* 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	〒	—		都道 府県				
	電話番号 (日中の連絡先)				TEL	()		
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、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。								
令和	年	月	日	被保険者氏名				

備考	※受付日付印							
----	--------	--	--	--	--	--	--	--