

課長	係長	主任	係

健康保険 特定疾病療養受療証滅失届
再交付申請書

被 保 険 者 情 報	記号	番号	氏名	生年月日	
				昭和 ・ 平成	年 月 日
	住所			電話番号（日中の連絡先）	
	(〒 -)			TEL ()	
被保険者の勤務 する事業所名称					

※ 対象者欄は、対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません

対 象 者	氏名	続柄	性別	生年月日	
			男 ・ 女	昭和 平成 令和	年 月 日

滅 失 し た 状 況	滅失日	平・令 年 月 日
	滅失した状況を 記入してください	

※ 送付希望先欄は、被保険者住所と同じ場合は記入いただく必要はございません。

送 付 希 望 先 欄	住所	
	宛名	
	電話	TEL ()

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。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 提出

被保険者氏名

印

※ 受付日付印

備考	
----	--