

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 氏 名				生 年 月 日									
					昭和 平成		年		月		日			
住 所	〒	一		都 道 府 県										
	電話番号 (日中の連絡先)				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 氏 名				生 年 月 日									
					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	〒	一		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							