

健康保険特定疾病療養受療証滅失届

常務理事	事務長	課長	担当者

(注意事項)

一、この届書は、次の場合に提出してください。
 イ、健康保険特定疾病療養受療証を滅失した為再交付を受ける場合。
 ロ、「被保険者資格喪失届」に滅失のため、健康保険特定疾病療養受療証を添付できない場合。
 ハ、健康保険特定疾病療養受療証の更新の際に滅失したため健康保険特定疾病療養受療証を返納できない人が、再交付を受ける場合。

二、記載にあたっては、次のことに留意してください。
 イ、③・④・⑥の元号（昭和・平成・令和）については、それぞれ該当する元号を○でかこんでください。
 ロ、④欄は、滅失した人について被保険者を含め全員を書いてください。

① 被保険者等記号及び番号	記号		番号	
② 被保険者氏名・印				③ 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日生
④ 特定疾病療養受療証を滅失した氏名・生年	氏名	生年月日		備考
		昭和 平成 令和 年 月 日		
		昭和 平成 令和 年 月 日		
		昭和 平成 令和 年 月 日		
⑤ 被保険者の現住所	〒 ー			
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和・平成・令和 年 月 日			
⑦ 被保険者が勤務をする(していた)事業所名・所在地	(イ) 名称			
	(ロ) 所在地			
⑧ 特定疾病療養受療証を滅失した年月日	令和 年 月 日	⑨ 特定疾病療養受療証を滅失した場所		
⑩ 特定疾病療養受療証を滅失した理由 (詳しく)				

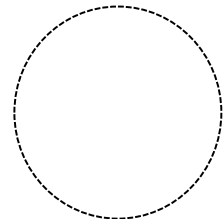
〔特定疾病療養受療証発見の際の返納誓約〕

上の届書に記載したとおり特定疾病療養受療証を滅失しましたが、この特定疾病療養受療証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者氏名

事業主の証明	上記のとおり、健康保険特定疾病療養受療証を滅失したことに相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電話	() 番

* 受付日付印



記載欄					
-----	--	--	--	--	--

番	号				
---	---	--	--	--	--