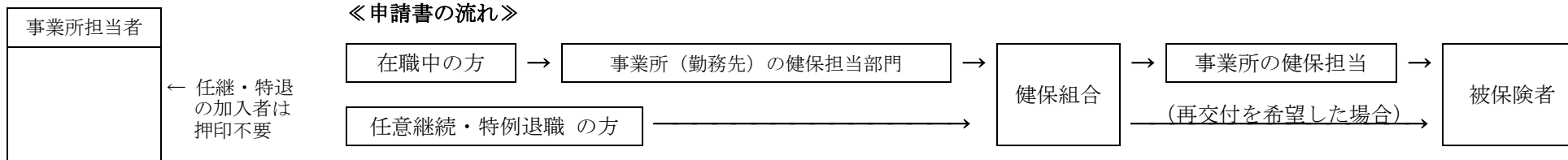


# 『特定疾病療養受療証』 滅失・毀損届（兼 再交付申請書）

健康保険組合		
GL	担当者	担当者



下記のとおり『健康保険特定疾病療養受療証』滅失・毀損の申請をします

被 保 険 者 証		被 保 険 者 氏 名		申 請 日	令 和   年   月   日		
記 号	番 号			所 属			
				TEL	内 線 :		
受 給 者 氏 名		性 別	生 年 月 日		続 柄	再 交 付 年 月 日	発 効 期 日
		1. 男 2. 女	1. 昭 2. 平 3. 令 年   月   日			年   月   日	年   月   日
疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				再 交 付 を		1. 希望する 2. 希望しない （どちらかに○）

滅失・毀損理由 (詳細に記入のこと)		
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合:-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。 -2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。	備 考 欄	