健康保険組合		
GL	担当者	担当者

『特定疾病療養受療証』
滅失・毀損届（兼 再交付申請書）

事業所担当者

任継・特退の
加入者は
押印不要

提出先
■ 在職者：勤務先の健保業務担当部門
■ 任継/特退者：健康保険組合 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 2-12-1
富士フイルムグループ健康保険組合 任継･特退担当

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　　申請日　　年　　月　　日

被保険者等		被保険者氏名	住所	電話番号
記号	番号			
			〒　　－	

受給者氏名	性別	生年月日	交付年月日	発効期日
	1.男 2.女	1.昭和 2.平成　　年　　月　　日 3.令和	令和 年　　月　　日	令和 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）		

被保険者等の記号・番号に代えてﾏｲﾅﾝﾊﾞｰで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰで申請の場合、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	

※ 2024 年 12 月 2 日以降は、再交付ができるのは下記のいずれかに該当する方のみになります。

・「資格確認書」をお持ちの方
・保険証の利用可能期間（～2025 年 12 月 1 日）で当健保の健康保険証をお持ちの方

受診時にマイナ保険証を利用することで特定疾病の情報が医療機関側で確認できるようになっています。