選択肢のある項目は、それぞれ
該当するものを〇で囲んでください

『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

事業所担当者

健康保険の記号・番号は、①マイナポータル、
②資格情報のお知らせ、③健康保険証、
④資格確認書のいずれかでご確認ください

勤務先の健保業務担当部門
届者：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

毀損の申請をします

申請日　令和７年　４月　１日

被保険者等 記号	被保険者等 番号	被保険者氏名	住所	電話番号
１２３４	５６７８９	健　保　太　郎	〒250－**** 神奈川県***市***町 1-2-345	０４６５(７３)７６＊＊

受給者氏名	性別	生年月日	交付年月日	発効期日
健　保　太　郎	1. 男 2. 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 ３０年　１２月　８日	令和　年　月　日	令和　年　月　日

疾病名		再交付を
	１．血友病 ２．人工透析治療を行う必要の ３．抗ウィルス剤を投与してい	1. 希望する 2. 希望しない （どちらかに〇）
滅失・毀損理由（詳細に記入のこと）	お薬手帳に挟んでいたが、その手帳を紛失してしまったため	

選択肢のある項目は、それぞれ
該当を〇で囲んでください

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。