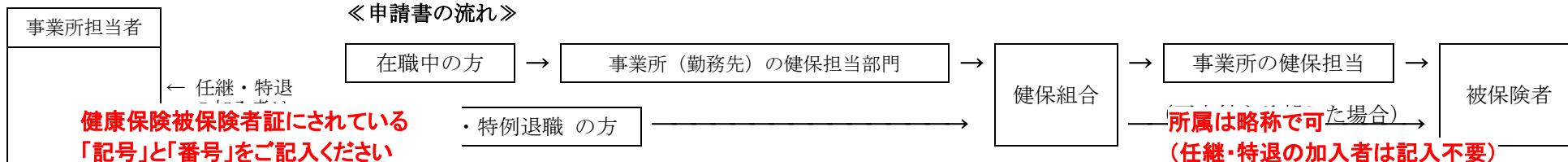


選択肢のある項目は、それぞれ
該当するものを○で囲んでください

『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			
常務理事	事務長	GL	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

勤務先の電話番号です
(任継・特退の加入者は自宅 TEL)

被保険者証		被保険者氏名		申請日	令和 2 年 1 月 5 日	
記号	番号			所属	足研知財部	
1 2 3 4	5 6 7 8 9	健 保 太 郎		TEL	0 4 6 5 - 7 3 - 7 6 0 0 内線 : 7 3 - * * * *	
受給者氏名		性別	生年月日	続柄	再交付年月日	発効期日
健 保 康 一 朗		1. 男 2. 女	1. 昭 平 3. 令 2 9 年 1 2 月 1 8 日	父	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. 抗ウイ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)	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	
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	