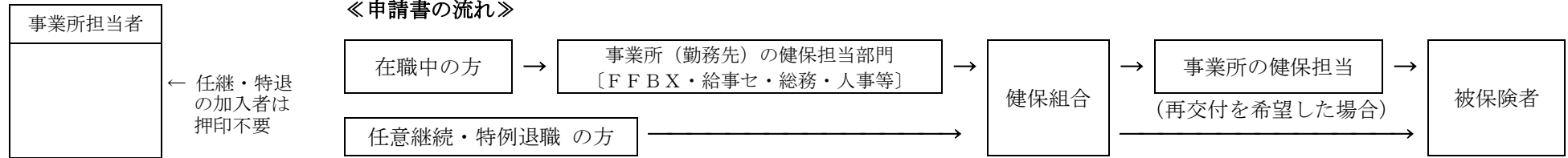


# 『特定疾病療養受療証』 滅失・毀損届 (兼 再交付申請書)

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

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)	備考欄	
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。		