

常務理事	事務長	係員

健康保険 特定疾病療養受療証

**滅失
棄損**

再交付申請書

被保険者証記号・番号			被保険者の氏名		生年月日		
記号		番号			昭・平・令 年 月 日		
再交付を希望する受療証 (該当する方に○を記入)				被保険者分 被扶養者分 → 該当者について下記を記入			
該当するものが被扶養者の 場合に記入				被扶養者氏名	生年月日		続柄
					昭・平・令 年 月 日		
再交付を申請する理由 (滅失した場所・日時など 詳しく記入してください)							
この健康保険特定疾病療養受療証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償いたしますとともに今後は、取り扱いに十分注意いたします。 また、滅失した健康保険特定疾病療養受療証を発見した場合はただちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名							

※1 棄損の場合は、その健康保険特定疾病療養受療証を添付してください。

健保受付年月日