

常務理事	事務長	係	係

健康保険特定疾病療養受療証 **〔 滅失 〕** 再交付申請書
〔 き損 〕
滅失届

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input type="checkbox"/> 申請内容については、申請者(被保険者)が作成、確認いたしました。			
記号	番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日	性別 男・女	
日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	—	—	
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	—	—	
		メールアドレス			
再交付を希望するまたは滅失した証 (該当する方を○で囲んでください)		・被保険者分 ・被扶養者分 → 該当者について下記を記入			
該当する方が被扶養者の場合に記入		被扶養者氏名	生年月日	続柄 性別	
			昭・平・令 年 月 日		男・女
			昭・平・令 年 月 日		男・女
再交付を希望する、または滅失した理由 〔 滅失した場所やき損した理由などを 出来るだけ詳しく記入してください 〕					
再交付した特定疾病受領証の発送先(被保険者宛に発送いたします)					
受療証 送付先	<input type="checkbox"/> 郵送	〒 住所			
	<input type="checkbox"/> 社内送達便 建物名・階・営業所等 詳しくご記入ください	勤務先tel(- -)			
緊急等で上記以外へ発送希望の場合記入(被保険者名以外で発送)					
〒 住所 宛名 _____ 様 (被保険者との続柄: _____)					

受 付 印

《記入例》再交付申請書

- ・滅失：認定証を紛失し再交付する場合
- ・き損：認定証を破損させるなどして再交付する場合

どちらかに○

健康保険特定疾病療養受療証

チェック必須

滅失
き損

滅失届

再交付申請書

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 申請内容については、申請者(被保険者)が作成、確認いたしました。		
記号	番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日	性別
999	999999	健保 太郎	昭和 平成 50年 10月 1日	男 女 (男)
日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	000 - 1111 - 1111	
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	090 - 9999 - 9999	
		メールアドレス	Abcdef123@●●●.com	
再交付を希望するまたは滅失した証 (該当する方を○で囲んでください)		<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者分 → 該当者について下記を記入		
該当する方が被扶養者の場合に記入		被扶養者氏名	生年月日	続柄 性別
		健保 花子	昭・平・令 52年 9月 11日	妻 男・女 (女)
再交付を希望する、または滅失した理由 (滅失した場所やき損した理由などを 出来るだけ詳しく記入してください)		※失くしたまたは棄損した状況など、再発行しなければ ならなくなった理由を具体的に記入して下さい 紛失の場合は警察署への届出の有無も記入して下さい		
再交付した特定疾病受領証の発送先(被保険者宛に発送いたします)				
受療証 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送	〒 000-0000	住所 ○○県 □□市 ▲▽町 1-2-3	
	<input type="checkbox"/> 社内送達便 建物名・階・営業所等 詳しくご記入ください	郵送か社内便のどちらか一方を記入 ★発送先の宛て名は、被保険者名に限ります 被保険者名で受け取れる宛先を記入してください		
緊急等で上記以外へ発送希望の場合記入(被保険者名以外で発送)				
〒 住所 宛名	緊急時等で被保険者宛ての郵便が受け取れない場合に記入 ただし、受け取り先の了解が取れていることが必要です			妻)

受付印

《記入例》 滅失届 (受療証を紛失して返却できない場合)

受療証を紛失して返却ができない場合、こちらに○

チェック必須

病療養受療証

滅失
き損

滅失届

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 申請内容については、申請者(被保険者)が作成、確認いたしました。			
記号	番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日	性別	
999	999999	健保 太郎	昭和 平成 50年 10月 1日	男・女 男・女	
日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	000 - 1111 - 1111		
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	090 - 9999 - 9999		
		メールアドレス	Abcdef123@●●●.com		
再交付を希望するまたは滅失した証 (該当する方を○で囲んでください)		・被保険者分 ・被扶養者分 → 該当者について下記を記入			
該当する方が被扶養者の場合に記入		被扶養者氏名	生年月日	続柄	性別
		健保 花子	昭・平・令 52年 9月 11日	妻	男・女 男・女
		昭・平・令 年 月 日		男・女 女	
再交付を希望する、または滅失した理由 (滅失した場所やき損した理由などを 出来るだけ詳しく記入してください)		※返却できなくなってしまった理由を具体的に 記入して下さい			

再交付した特定疾病療養受領証の発送先(被保険者宛に発送いたします)

受療証 送付先	<input type="checkbox"/> 郵送	
	<input type="checkbox"/> 社内送達便 建物名・階・営業所等 詳しくご記入ください	
緊急等の上		以外で発送)
〒 住所 宛名	様 (被保険者との続柄:)	

記入不要

受付印