

健康保険特定疾病療養受療証 } 滅失 } 届
き損

被保険者証 記 号		番 号		被保険者 氏 名	
認定対象者 氏 名					
滅失の事由 (詳細に記入)					

上記のとおりにつき ※ 1 再交付を申請します。
 2 お届けします。

年 月 日 提出

事業所長 証 明 欄	上記のとおり相違のないことを証明する。 事業所所在地 名 称 長 名 (印)
---------------	--

備 考	
-----	--

注意事項

- 1 標題のうち不要文字を抹消してください。
- 2 滅失の事由は、詳しく記入してください。
- 3 再交付を求める場合は、※印欄の1に、返納の場合は2に○印を付してください。
- 4 き損の場合は、その該当する受療証を添付してください。
- 5 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください(事業所を経由せずにマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です)。

(証交付日) 年 月 日

(受付日付印)