

常務理事	事務長	課 長	係 長	担当者

健康保険 特定疾病療養受療証 滅失届

被保険者等 記号-番号		—		
被保険者	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
認定対象者 (受診者)	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
事業所名	名称			
	所在地			
特定疾病療養受療証を 滅失したときの状況		(詳しく記入してください)		
うえの届書に記載したとおり、特定疾病療養受療証を滅失いたしました。 今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、この特定疾病療養受療証を発見したときには、ただちに返納いたします。 ※被保険者氏名				
備考			受付日付印	

《提出が必要な方》

1. 特定疾病療養受療証を滅失したため再交付を受ける場合。
2. 被保険者が資格喪失、認定対象者(受診者)が認定解除等、返却すべき事由に該当したが、特定疾病療養受療証を滅失したため返納することができない場合。

《提出上の注意》

1. 被保険者等記号番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
2. ※被保険者氏名は必ずご記入ください。
被保険者が亡くなられた場合、※被保険者氏名には親族の方のお名前をご記入ください。