

# 健康保険 特定疾病療養受領証 再交付申請書

下記の通り申請します。

年 月 日 提出

被保険者情報	被保険者証記号	被保険者証番号	氏名 (フリガナ)	生年月日	年	月	日
	住所 (〒 - )			電話番号(日中の連絡先) Tel ( )			

自署してください。

昭和[ ]

平成[ ]

再交付が必要な方	氏名	続柄	生年月日	年	月	日	備考
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	氏名	続柄	生年月日	年	月	日	備考
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	氏名	続柄	生年月日	年	月	日	備考
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	氏名	続柄	生年月日	年	月	日	備考
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				

再交付の申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失(滅失) → 警察署への届出を推奨します。	紛失・破損の状況	<input type="radio"/> 発生日時 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 破損 → 破損した被保険者証を添付してください。		<input type="radio"/> 発生場所
	<input type="checkbox"/> その他(詳しく記入してください)		<input type="radio"/> 状況(詳しく記入してください)

誓約書 (紛失の場合)	私は、本申請書に記載した通り、特定疾病療養受領証を紛失いたしました。万一、該当特定疾病療養受領証が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。
	被保険者(本人自署)

\* 特定疾病療養受領証は、クレジットカードと異なり、紛失などの際に使用を停止することができません。紛失等の場合は、悪用される恐れがありますので、最寄りの警察署に届出てください。

事業主欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。	
	なお、今後は健康保険特定疾病療養受領証を紛失または破損することがないように十分指導いたします。	
	事業所所在地	(〒 - ) 年 月 日 提出
	事業所名称	
	事業主名	
	電話	Tel ( )

※ 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

※ 再交付後に紛失した特定疾病療養受領証が発見された場合には、必ず発見した特定疾病療養受領証を健康保険組合に返納してください。

健保記入欄	返納があった場合の返納日 年 月 日
-------	--------------------

常務理事	事務長	担当