

常務理事	事務長	担当者

**紛失**  
**健康保険 特定疾病療養受療証**  
**毀損**  
**再交付申請書**  
 生長会健康保険組合

被保険者情報	被保険者等 記号・番号		記号	番号		被保険者氏名			
	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
受診者情報	氏名								
	被保険者 との続柄		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所	〒 ー							
電話 ( )									

令和 年 月 日 提出

本人確認欄（本人確認のため <input type="checkbox"/> にチェック願います） <input type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
--

**【注意事項】**

1. 標題の「紛失」「毀損」及び性別、生年月日は各々該当する文字を○で囲み、必要事項を記入してください。
2. 添付書類は下記のとおりです
  - ①健康保険特定疾病療養受療証の紛失による再交付申請の場合は、「特定疾病療養受療証紛失届」を同時に提出してください
  - ②既存による再交付申請の場合は、「毀損した「特定疾病療養受療証」を添付してください

被保険者のマイナンバー記載欄 （被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

受付日付印