

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 特定疾病療養受療証 紛失届

生長会健康保険組合

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
対象者の氏名	※ 被保険者と同じ場合は、「同上」とご記入ください。		対象者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
対象者の性別	男 ・ 女		対象者の続柄	
被保険者の勤務する (していた) 施設名				
認定証を紛失 したときの状況				
令和 年 月 日 提出				
<p>上記に記載したとおり、健康保険特定疾病療養受療証を紛失いたしました。今後は十分取扱いに注意します。</p> <p>なお、紛失した証書を発見したときは、直ちに返却いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者（申請者）の住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>				
備考欄	<p>本人確認欄（本人確認のため <input type="checkbox"/> にチェック願います）</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者本人（被保険者）が作成したものである。</p>			

### 【この届出が必要な場合】

1. 健康保険の特定疾病療養受療証を紛失したため、再交付を受けるとき
2. 下記の場合に返納できないとき
  - ① 被保険者資格を喪失したとき
  - ② 受診者が被扶養者資格を失ったとき
  - ③ 特定疾病療養受療証を返納しなければならないとき

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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印