

健康保険 特定疾病療養受療証 滅失届	常務理事	事務長	業務部長	業務課長	係長	担当者

健保記入欄	
発行No.	

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		電話番号 (日中の連絡先)	()			
	事業所名称							
認定対象者	氏名	(フリガナ)		被保険者 との続柄				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男	・
特定疾病療養 受療証を滅失 したときの状況								

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。今後は十分取扱いに
注意します。

なお、特定疾病療養受療証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

〒 _____

被保険者の住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

<input type="text"/>	マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、 本人確認をするための添付書類が必要となります。
----------------------	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄
