

常務理事	事務長	課 長	係

健康保険特定疾病療養受領証 紛失届 [兼再交付申請書]

(注意事項)

〇〇
滅汚
失損
し・
た破
特損
定と
疾
な
病
つ
た
療
養
た
め
療
の
証
再
を
交
付
し
申
請
し
た
と
あ
る
と
き
は
、
古
は
い
、
そ
定
の
疾
特
病
定
療
疾
養
病
受
療
療
養
証
受
を
療
返
証
納
を
し
添
付
く
だ
さ
い
。

健康保険証の		被 保 険 者 氏 名		被保険者の生年月日	
記 号	番 号			□昭和 ・ □平成 ・ □令和	
				年 月 日	
現住所	(〒 -)				
事業所名					
届出理由	□1. 紛失(誓約書要) □2. 盗難(誓約書要) □3. 汚損・破損 □4. その他()				
◎滅失又は盗難の場合／そのときの状況を記入してください。					
再交付を	□1. 希望します □2. 希望しません				
対象者		生年月日	□昭和 ・ □平成 ・ □令和 年 月 日		
誓 約 書					
池友会健康保険組合 理事長 殿					
私がこのたび紛失した「健康保険特定疾病療養受療証」が、万一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には、私がその一切の責任を負うことを誓約します。 なお、当該「健康保険特定疾病療養受療証」を発見した場合には直ちに返却します。					
氏名 ⑩					
上記のとおり被保険者から特定疾病療養受療証の再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は特定疾病療養受療証の取扱について注意するよう十分指導いたします。					
令和 年 月 日 提出					
事業所所在地				健保受付印	
事業所名称					
事業主氏名	⑩				
電 話	()				

社会保険労務士の提出代行印	
	⑩