

健康保険特定疾病療養受領証 滅失届

被保険者証 記号 番号	—	※ 届 書 の 種 類	喪失 ・ 削除 ・ その他			
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 生 年 月 日	5 : 昭 7 : 平 9 : 令	年	月	日
受 診 者 氏 名		受 診 者 生 年 月 日	5 : 昭 7 : 平 9 : 令	年	月	日
被保険者の 勤務する (していた) 事業所の	名 称					
	所 在 地	〒 —				
特 定 疾 病 療 養 受 領 証 を 滅 失 し た と き の 状 況	(いつ、どこで、どのようにして、など詳しく記入してください。)					
<p>うえの届書に記載したとおり、特定疾病療養受領証を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。</p> <p>なお、この特定疾病療養受領証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 —</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>						
※ 備 考						 組合受付印