

健康保険 特定疾病療養受療証再交付申請書

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印			雇用保険	交付簿	個人台帳	証	D C C
	伺 令 和 年 月 日						
	常 務 理 事		事 務 長		係		

令和 × 年 × 月 × 日提出

被保険者等 記号・番号 (*1)	記号	1010	被保険者 氏 名 生 年 月 日	健保 太郎 昭・平 ×× 年 × 月 × 日
	番号	99999		

被保険者住所 (居 所)	〒 000 - 0000 00県00市00町1-2-3
-------------------	--------------------------------

再 交 付 が 必 要 な 者 の 氏 名 生 年 月 日 続 柄	氏 名	生 年 月 日	続柄
	健保 花子	昭・平・令×× 年 × 月 × 日	母
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	

滅失・き損の具体的理由

令和×年×月×日、医療機関へ通院後、証の入っていた財布を紛失してしまったため

(滅失・き損した時期・場所・状況など具体的に)

滅失の場合は記入

<届出した警察名> 00警察署 <受理番号> 000

☒ 滅失した証を返納すべき義務があるにもかかわらず滅失したため、返納することができません。証を発見したときは、ただちに貴組合に再交付された新証を返納することを誓約いたします。
(確認後□にチェック)

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。 提出先： SATO 社会保険労務士法人 もしくは 各会社の健康保険担当部門(人事・総務/担当者) * 健康保険組合へ提出ではありません。 提出先については各会社の健康保険担当部門へお問い合わせください。
----------------------------------	--

(* 1) 被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書 (R7. 12. 1 までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門 (人事・総務 / 担当者) のいずれかでご確認ください。

※き損の場合は、き損状態の現物の書を添付してください。
※滅失の場合は、警察に届出して (遺失届・盗難届) 受理番号を記入してください。