

年 月 日		
課 長	係 長	係

特定疾病療養受療証 滅失届

①	被保険者証の 記号番号	※	届書の種類 特定疾病受療証
②	被保険者氏名	③	生年月日 昭和 年 月 日 平成
④	被保険者であるときは 資格取得年月日	⑤	被扶養者用を 滅失したときは その被扶養者の氏名
⑥	被保険者の勤務する（していた）事業所の	(7)	名称
		(1)	所在地
⑦	健康保険特定疾病療養受療証を滅失したときの状況 (詳しくご記入ください)		
令和 年 月 日 提出			
<p>うえの届書に記載したとおり、健康保険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。</p> <p>なお、この健康保険特定疾病療養受療証を発見した際は、ただちに返納いたします。</p>			
<p>被保険者の 住所</p> <p>氏名</p>			
⑧	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 受付日付印 </div>		
備考			

(注意事項)

この届書は、健康保険特定疾病療養受療証を滅失したため再交付を受ける場合、「健康保険者資格喪失届」に健康保険特定疾病療養受療証を添付して返納することができない場合、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は、滅失し返納することができない場合に提出す

⑤欄は、被扶養者用を滅失したときに、被扶養者の氏名を記入してください。

東京都電機健康保険組合