

受付	和暦	年	月	日
決定	和暦	年	月	日

常務理事	事務長		担当者

受付日付印


## 健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名		被保険者証	—
	生年月日	和暦 年 月 日	の記号番号	
	認定対象者氏名		被保険者者	
	生年月日	和暦 年 月 日	との続柄	
	認定対象者住所	〒		
疾病名 (○を付してください)	1.人工腎臓を実施している慢性腎不全 2.血漿分画剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)			
医 師 の 証 明 欄	上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。  和暦 年 月 日  <div style="text-align: right;">所在地 医療機関 名称 医師名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></div>			
	上記のとおり、健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。  和暦 年 月 日  <div style="text-align: right;">被保険者住所 被保険者氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></div>			
ファイザー健康保険組合理事長 殿				

健康保険 特定疾病療養受療証 滅失 届

常務理事	事務長	係	係

ファイザー健康保険組合理事長 殿

① 被保険者証 の記号番号		※ 健康 保 用	届 書 の 種 類	喪失・再交付
② 被 保 険 者 氏 名		③ 被 保 険 者 生 年 月 日	和暦	年 月 日
④ 受 診 者 氏 名	被保険者と同じ場合は「同上」とご記入ください。	⑤ 受 診 者 生 年 月 日	和暦	年 月 日
⑥ 特定疾病療 養受療証を 滅失したと きの状況				
<p>⑦ 和暦 年 月 日 提出</p> <p>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 が、今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、この特定疾病療養受療証を発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p>被保険者の住所</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				
⑩ 備 考	 受 付 日 付 印			

社会保険労務士 の提出代行者印	印
--------------------	---

【届出を要する場合】

1. 健康保険の特定疾病療養受療証を滅失したため、再交付を受けるとき。
2. 以下の場合に返納ができないとき。
  - 1) 被保険者資格を喪失した場合
  - 2) 受診者が被扶養者資格を失った場合
  - 3) 特定疾病療養受療証を返納しなければならない場合

【記入方法】

1. ※の欄は記入しないでください。
2. ①は被保険者の記号および番号を正確に記入すること。
3. ③・⑤は、それぞれ該当する文字を丸で囲み、必要事項を記入すること。

常務理事	事務長	係	係

健康保険 特定疾病療養受療証 滅失 再交付申請書  
毀損

ファイザー健康保険組合理事長 殿

和暦 年 月 日提出

被保険者情報	氏名及び印		印		被保険者証の記号番号	
	性別	男・女	生年月日	和暦 年 月 日	/	
受診者情報	氏名		/			
	被保険者の続柄		性別	男・女	生年月日	和暦 年 月 日
	住所		/			

~~~~~ 受付目付印 ~~~~~

【注意事項】

1. 標題の「滅失」「毀損」の文字および性別・生年月日は、それぞれ該当する文字を丸で囲み必要事項を記入すること。
2. 添付書類については下記のようにすること。
  - 1) 健康保険特定疾病療養受療証を滅失したための再交付申請であるときは以下のものを添付すること。  
「特定疾病療養受療証滅失届」および「滅失事由を明らかにする証明書」
  - 2) 毀損となったための再交付申請であるときは「毀損となった特定疾病療養受療証」を添付すること。