常務理事	事務長	係	係

健康保険 特定疾病療養受療証 滅失届

ファイザー健康保険組合理事長 殿

① 被保険者等記号番号	―	※健保用 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			

⑦ 和暦 年 月 日 提出

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。

被保険者の住所

氏名

⑩ 備考		受付日付印

【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。