


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 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 | | | | |
| <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。今後は充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療証を発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> | | | | |
| ⑩ 備 考 |  受 付 目 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。