

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				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。