

決裁日付印

常務理事	事務長	事務課(係)長	担当者

健康保険特定疾病療養受療証 再交付申請書

※この申請書につきましては「被保険者から直接健保組合へ申請及び健保組合から被保険者へ直接送付」可能です。

※太線内は被保険者が記入する欄です。

被保険者証の 記号および番号	<small>記号・番号は保険証に記載してあります。</small> —	被保険者氏名 及び生年月日	<small>自署の場合は押印を省略できます。</small> 昭和・平成 年 月 日
<再交付申請の対象者> <small>特定疾病療養受療証を受けている方について①～⑤記入します。</small>			
①受診対象者の 氏名		②受診対象者の性別 男・女	③被保険者 との続柄
④受診対象者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	⑤再交付の原因	<small>再交付届の原因を○で囲みます。 毀損の場合は、現在お持ちの受療証を添付ください。</small> 滅失・毀損
⑥特定疾病療養 受療証の送付先	<small>選択がない場合は、社内便にて送付します。</small> <input type="checkbox"/> 事業所担当者 <input type="checkbox"/> 被保険者直接送付→社内メール（地区名 ・所属コード ） <input type="checkbox"/> 郵便送付（郵便番号 — ） 住 所 宛 名		

受付日付印