

課長	係長	係

## 健康保険 特定疾病療養受療証滅失届

〔被保険者用〕  
〔被扶養者用〕

※必要事項を全て記入（及び捺印）下さい。訂正箇所については、押印した印と同一印で訂正下さい。（記入方法等不明な方は、当組合ホームページをご参照いただくか、ご連絡下さい。）

①	被保険者証の 記号・番号	記号		②	被保険者の 氏名		③	印	
④	被保険者の 現住所	〒 —							
⑤	事業所の 住所・名称	〒 —							
⑥	紛失した 受療者の	(イ) 氏名		(ロ) 生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日	(ハ) 続柄
⑦	紛失した 受療証の 疾病名	I. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 II. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または、 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） III. 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、厚生大臣の定めるに係るものに限る）							
⑧	受療証を 紛失した 時の状況	平成 年 月 日 提出							
		うえの届出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。今後は十分取り扱いに注意致します。 なお、この受療証を発見したときは、ただちに返納いたします。							
		被保険者の 住所 氏名							
⑨	備考								平成 年 月 日 受付日付印

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 03(3576)3511