

記入例

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ください。）

① 被保険者証の記号・番号	記号	227	② 被保険者の氏名	健保 太郎		③ 健保	
	番号	1					
④ 被保険者の現住所	〒 170 - 0004 東京都豊島区北大塚1-21-15						
⑤ 事業所の住所・名称	〒 170 - 000X 東京都豊島区東大塚1-2-3 株式会社 ○○広告						
⑥ 紛失した受療者の氏名	(イ) 氏名	健保 太郎		(ロ) 生年月日	大正 昭和 55 年 12 月 20 日 平成	(ハ) 続柄	本人
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	荷物を置き忘れてしまい、その荷物の中に受領証を入れていた為、紛失しました。						
平成 27 年 3 月 15 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				東京都豊島区北大塚1-21-15			
氏名				健保 太郎			
⑨ 備考						平成〇〇年〇月〇日 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