

決 裁				
常務理事	事務長	課長		担当者

健康保険特定疾病療養受療証（紛失・滅失）届

被保険者証 記号番号	—		事業所 (会社)名	
被保険者 氏 名			生年月日	S・H・R 年 月 日生
認 定 対 象 者	氏 名			被保険者との続柄
	生年月日	S・H・R 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
	住 所			
	認定日	H・R 年 月 日	適用区分	一般 ・ 上位

紛失・滅失理由	(詳しく記入してください)
---------	---------------

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿

上記の届出に記載したとおり、特定疾病療養受療証を紛失(滅失)いたしました。
 今後は取扱に十分注意し、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。

令和 年 月 日

住 所

電話番号

被保険者氏名(自署)

印

所属事業所 確認印		