

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	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所 (会社)名	大同〇〇〇株式会社	
被保険者 氏 名	健保 太郎	生年月日	S・H・R 〇 年 〇 月 〇 日生	
認定 対象者	氏 名	健保 太郎	被保険者との続柄	本人
	生年月日	S・H・R 〇 年 〇 月 〇 日生	性 別	男・女
	住 所	〇〇〇		
	認定日	H・R 〇 年 〇 月 〇 日	適用区分	一般・上位

会社名を記入

「慢性腎不全」の場合のみ記入

紛失・滅失理由	(詳しく記入してください) 財布に入れていたが車上荒らしに遭い、財布ごと盗まれたため
---------	---

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 〇 年 〇 月 〇 日

住 所 〇〇〇

電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

被保険者氏名(自署) 健保 太郎

印 健保

所属事業所 確認印		