

健康保険特定疾病療養受領証 紛失届 (兼再交付申請書)

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等		記号		被保険者 氏名		
	被保険者等		番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	現住所		(〒 - )				
	事業所(会社)名 ※特退・任継続の方は 記入不要						
	届出理由		<input type="checkbox"/> 紛失(誓約書要) <input type="checkbox"/> 盗難(誓約書要) <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> その他( ) (⇒いずれかに✓をお願いいたします。)				
	紛失した状況を 記入してください						
	再交付 (マイナ保険証を 利用されている 場合は✓不要)		希望する場合のみ下記いずれかに✓をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っていない <input type="checkbox"/> 受診医療機関がマイナ保険証未対応のため (医療機関名： 担当者名： )				
	認定対象の氏名			生年月日	昭・平・令	年	月 日
	<p style="text-align: center;">誓 約 書</p> <p>私がこのたび紛失した「健康保険特定疾病療養受領証」が、万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健保組合が被った場合には、私がその一切の責任を負うことを誓約します。</p> <p>なお、当該「健康保険特定疾病療養受領証」を発見した場合には直ちに返却いたします。</p> <p style="text-align: right;">氏名 (自署)</p>						
	健 保 記 入 欄	自己負担限度額区分		1万円 : 2万円			
再交付年月日		令和 年 月 日					
		常務理事		担	当	者	

注意事項 1. 汚損・破損した場合は、特定疾病療養受領証(原本)を添付してください。

2. 本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合により公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者

受付印