

常務理事	事務長		担当

健康保険特定疾病療養受療証滅失届

被保険者等 記号・番号			
被保険者氏名			
社員番号			
事業所名			
滅失した特定疾病療養受療証	1. 被保険者分		
		被扶養者氏名	続柄
	2. 被扶養者分		

特定疾病療養受療証を 滅失したときの状況	(出来るだけ具体的に記入して下さい)
-------------------------	--------------------

上記の届出に記載したとおり、特定疾病療養受療証を滅失しました。今後は取扱いに十分注意します。 なお、特定疾病療養受療証を発見したときは、ただちに返納します。 滅失した特定疾病療養受療証等によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。
年 月 日
被保険者氏名

受付日付印