

特定疾病療養受療証再交付申請書

常務理事	事務長	部長	次長	係長	主任	担当

被保険者記号	番号	氏名	⑩
事業所名		所在地	〒
生年月日	S H 年 月 日	自宅住所	〒
資格取得年月日	S H 年 月 日	再交付理由	滅失 ・ き 損

再交付を必要とする者の氏名	氏名	続柄	氏名	続柄
	氏名	続柄	氏名	続柄

再 交 付 申 請 の 理 由	特定疾病療養受療証を滅失・き損（破損）した年月日と場所（詳細に記入してください）
	平成 年 月 日 場所
	滅失・き損（破損）に至った状況
	盗難のため滅失 ※悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をお願いします。
	盗難にあった年月日と場所 平成 年 月 日 場所
盗難にあった状況	

被保険者誓約	<p>特定疾病療養受療証を滅失又はき損（破損）しましたが、今後は取り扱いには十分注意します。 （滅失した特定疾病療養受療証を発見した場合はただちに返納いたします。）</p> <p>被保険者署名・捺印</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>
--------	--

平成 年 月 日提出

受付日付印

【 特定疾病療養受療証滅失届 】

被保険者記号	番号	氏名	(印)
事業所名		所在地	〒
生年月日	S H 年 月 日	自宅住所	〒
資格取得年月日	S H 年 月 日	自宅電話番号	()

滅失・き損した者の氏名	氏名	続柄	氏名	続柄
	氏名	続柄	氏名	続柄

滅失・き損・破損の理由	特定疾病療養受療証を滅失・き損（破損）した年月日と場所（詳細に記入してください）	
	平成 年 月 日	場所
	滅失・き損（破損）に至った状況	
	盗難のため滅失 ※悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をお願いします。	
	盗難にあった年月日と場所	場所
	平成 年 月 日	場所
盗難にあった状況		

誓約	特定疾病療養受療証を滅失しましたが発見した場合はただちに返納いたします。
	被保険者署名・捺印 (印)

平成 年 月 日提出

受付日付印

健康保険 特定疾病療養受療証再交付申請書

常務理事	事務長	部長	次長	係長	主任	担当

被保険者記号	番号	氏名	⑩
事業所名		所在地	〒
生年月日	S H 年 月 日	自宅住所	〒
資格取得年月日	S H 年 月 日	再交付理由	滅失・き損

再交付を必要とする者の氏名	氏名	続柄	氏名	続柄
	氏名	続柄	氏名	続柄

再交付申請の理由	特定疾病療養受療証を滅失・き損（破損）した年月日と場所（詳細に記入してください）	
	平成 年 月 日	場所
	滅失・き損（破損）に至った状況	
	盗難のため滅失 ※悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をお願いします。	
	盗難にあった年月日と場所	場所
	平成 年 月 日	場所
	盗難にあった状況	

被保険者誓約	<p>特定疾病療養受療証を滅失又はき損（破損）しましたが、今後は取り扱いには十分注意します。 （滅失した特定疾病療養受療証を発見した場合はただちに返納いたします。）</p> <p>被保険者署名・捺印</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>
--------	---

<p>上記のとおり被保険者から特定疾病療養受療証の再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は特定疾病療養受療証を滅失、き損（破損）することのないよう十分指導いたします。</p> <p>〒</p> <p>所在地</p> <p>事業所名</p> <p>事業主名</p> <p>電話 ()</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>

平成 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	⑩

東京トラック事業健康保険組合

【 特定疾病療養受療証滅失届 】

被保険者記号		番 号		氏 名		(印)
事業所名				所在地	〒	
生年月日	S H	年 月 日		自宅住所	〒	
資格取得年月日	S H	年 月 日		自宅電話番号	()	

滅失・き損した者の氏名	氏 名		続柄		氏 名		続柄	
	氏 名		続柄		氏 名		続柄	

滅失・き損・破損の理由	特定疾病療養受療証を滅失・き損（破損）した年月日と場所（詳細に記入してください）	
	平成 年 月 日	場所
	滅失・き損（破損）に至った状況	
	盗難のため滅失 ※悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をお願いします。	
理由	盗難にあった年月日と場所	
	平成 年 月 日	場所
	盗難にあった状況	

誓約	特定疾病療養受療証を滅失しましたが発見した場合はただちに返納いたします。
	被保険者署名・捺印 (印)

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証を滅失したことを確認し、届出の内容に相違ないことを証明します。	平成 年 月 日提出
〒	() 受付日付印
所在地	
事業所名	
事業主名 (印)	
電話 ()	

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)

東京トラック事業健康保険組合

健康保険
 特定疾病療養受療証回収不能届

被保険者記号	番号	氏名
生年月日	S H 年 月 日	資格喪失年月日 平成 年 月 日
被保険者の現住所又は連絡が取れるところ	〒	
電話番号	()	被扶養者の有無 有 ・ 無

証の回収が出来ない者の氏名	氏名	続柄	氏名	続柄
	氏名	続柄	氏名	続柄

解退職の事由	
被保険者の近況	

証回収の督促状況	督促した月日	督促状況 (詳細に記入して下さい)
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証を回収することが出来ません。
 なお、引き続き督促し証の返却があった場合ただちに返納いたします。

〒

所在地

事業所名

事業主名 (印)

電話 ()

平成 年 月 日提出
 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)

東京トラック事業健康保険組合