健保使用欄	交付番号	―	常務理事	事務長	MGR	担当者
	伺年月日	令和　年　月　日				
	施行年月日	令和　年　月　日				

健康保険　特定疾病療養受療証　再交付申請書

※　申請書の太枠内を記入し、健康保険組合宛てに社内メールまたは郵送にてご提出ください。

申請者記入欄

被保険者等の記号ー番号	―	事業所（会社名）	
被保険者氏名	生年月日：昭・平・令　年　月　日	店部名（店部コード）	（　　）
認定対象者氏名	生年月日：昭・平・令　年　月　日	続柄（妻・長男等）	
被保険者の住所等	〒　　―	電話：　　―　　―	

送付先（希望する送付先に☑してください）

☐　社内メール　　店部名等：

宛　　名：

☐　郵送【 ☐ 自宅　☐ 実家　☐ 病院　☐ その他（　　）】

*自宅（上記住所と同じ場合）を希望される場合、下記住所は省略できます。
*病院へ送付を希望される方は先方で受け取っていただけない場合がありますので、事前に確認のうえ、宛名欄に病棟・部屋番号等も記入してください。

住所：〒　　―　　電話：　　―　　―

宛名：

＊下記の理由により、健康保険特定疾病受療証の再交付を申請いたします。
また、本申請書の提出を事業主に委任することを承諾します。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

申請理由　（該当する項目に☑をつけてください。）

☐　紛失のため（盗難を含む）

＊紛失した年月日　令和　　年　　月　　日

＊　〃　　場所

＊　〃　　理由

☐　棄損のため（汚した　・　破れた）

☐　被保険者等の記号・番号の変更のため（転籍　・　契約変更　・　任意継続）

☐　その他（　　）

※申請理由が棄損、健康保険の記号・番号の変更の場合は旧受療証を添付してください。

備考欄　申請に当たり、被保険者等の記号番号ではなく個人番号を記入したい方は下欄に記入してください。
但し、個人番号を記入する場合は、下記の添付書類（①②両方）が必要となりますのでご注意ください。
①個人番号確認用：ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ、通知ｶｰﾄﾞまたは個人番号記載の住民票写し
②身元確認用：ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ、運転免許証、身体障害者手帳、在留ｶｰﾄﾞ、ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ等の写し