令和　　年　　月　　日

センコー健康保険組合　殿

# 健康保険 特定疾病療養受療証遺失届

被保険者
〔被保険者証〕　記号　　番号
〔住　　所〕
〔氏　　名〕　　印

私は、貴健康保険組合の特定疾病療養受療証を遺失いたしましたので、届け出致します。
後日、遺失した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。
尚、遺失した特定疾病療養受療証に関して、後日いかなる問題が生じましても、すべて私個人の責任において解決し、貴組合並びに事業主会社に対しては一切ご迷惑をおかけしないことを誓約いたします。

記

**1.遺失特定疾病療養受療証について**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号番号 | ― | | |
| 被保険者氏名 | | 生年月日 | （昭･平･令）　年　月　日 |
| 特定疾病療養受療者名 | | 生年月日 | （昭･平･令）　年　月　日 |
| 被保険者が勤務している（していた）事業主 | 名　称 | | |
| | 所在地 | | |
| 特定疾病療養受療証を遺失した年月日及びその状況<br>(詳細に記入下さい) | 令和　年　月　日 頃<br>〔場　所〕<br>〔状　況〕 | | |

**健保組合使用欄**

| 常務理事 | 事務長 | 担　当 | 担　当 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 事務連絡先 | 所属 | 関係会社（社名：　　） | 担当者 | |
|---|---|---|---|---|