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 再 交 付 申 請 書

※再交付申請する特定疾病療養受療証が複数ある場合は、申請する方お１人ずつこの申請書を作成してください。

被保険者

〔被保険者証〕　記号　　番号

〔被保険者住所〕

〔被保険者氏名〕　　印

事　業　主
（任意継続の場合は不要）

〔事業主の住所〕

〔事業主の名称〕

〔代表者の氏名〕　　印

下記事由により、特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

記

１．再交付申請事由（申請人が該当する項目に〇印）

① 毀　　損　　現特定疾病療養受療証を必ず添付下さい。

② 遺　　失　　特定疾病療養受療証遺失届を必ず添付下さい。

③ そ の 他　　（　　）

２．申請該当者

【　】内の該当するほうに〇　【　被保険者（本人）　・　被扶養者（家族）　】

・被扶養者の場合（氏名：　　続柄：　　）

３．添付書類

●特定疾病療養受療証遺失届　　（　　）部

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	