

受付印

再交付申請書
紛失届出書

[illegible]

認 定 疾 病 名	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）					
再 交 付 の 申 請 理 由	1 破 損 （特定疾病療養受療証を添付してください） 2 汚 損 （事由を下の状況欄に詳しく記入してください） 3 紛 失 （ 〃 ） 4 盗 難 （ 〃 ） 5 焼 失 （ 〃 ） 6 その他 （ 〃 ）					
紛 失 等 の 状 況						
確 認 事 項	紛失年月日 平成 ・ 令和 年 月 日					
	☐ 使用したことが ☐ ある ☐ ない ☐ 病院、診療所等の医療機関等に預けていない。 ☐ 屋内の保管場所には見当たらない。 ☐ 他の家族は保管していない。					
最後に診療を受けた 医療機関名及び所在地	〔医療機関名〕			〔所在地〕		

☐ 再交付を申請します。

☐ 紛失したので届け出ます。

(提出先) 大 阪 市 長

申請者(世帯主)		申請日	令和	年	月	日
住 所	〒 大阪市 区	個人番号				
(フリガナ) 氏 名		日中連絡の取れる 電話番号		—		※必ずご記入ください

委任状（世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です）									
委任者 (世帯主)	特定疾病療養受療証に関する ☐ 申請・ ☐ 受領 を下記の受任者に委任します。 令和 年 月 日								
	氏名				住所	同 上			
受任者	〒 -	住所				世帯主との関係	受任者の本人確認ができるもの		
	(フリガナ)			日中連絡の取れる電話番号					
	氏名				- -	☐ 保険証、免許証、マイナンバーカード等			
	同意書兼誓約書	☐ 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 ☐ 委任者の意思に基づかずに申請し受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。							

特定疾病療養受療証
受領署名欄

確認資料	☐ 被保険者証	☐ 健康手帳	☐ 保険料決定通知書	〔備考〕
	☐ 保険料領収書(年 月分)	☐ 運転免許証		
	☐ 保険料納付書(年 月分)	☐ その他()		

起案日 令和 年 月 日					
審 査	決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員

決 裁 日			
令和	年	月	日

証 回 収 日			
令和	年	月	日
証 再 交 付 日			
令和	年	月	日