

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（ ” ） 記入例	
紛失等の状況	〇〇医院からの帰宅中にバッグごと紛失した。	
確認事項	紛失年月日 平成 〇 令和 2 年 4 月 1 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〕 〇〇医院	〔所在地〕 北区 中之島〇丁目〇番〇号

☒ 紛失したので届け出ます。

申請者(世帯主)		申請日	令和 2 年 4 月 5 日
住 所	〒 530 - 0005 大阪市 北 区 中之島〇丁目〇番〇号		
(フリガナ)	コクホ イチロウ	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
氏 名	国保 一郎	日中連絡の取れる 電話番号	080 - 0000 - 0000 ※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 2 年 4 月 1 日								
	氏名	国保 一郎			住所	同 上			
受任者	〒 530 - 0005	住所	大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号			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)	コクホ ハナコ			日中連絡の取れる電話番号				
	氏名	国保 花子			090 - 0000 - 1111	妻	☒ 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。							

世帯主以外の方が申請・受領する場合は
【委任状】に記入願います。

特定疾病療養受療証
受領印

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