受付印

大阪府国民健康保険 特定疾病療養受療証 再交付申請書 紛失届出書

対象者（認定を受けている者）

被保険者証記号番号			(ﾌﾘｶﾞﾅ)		続柄
阪国			氏名	（男・女）	
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		個人番号		

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〕

上記のとおり、特定疾病受療証の

□ 再交付を申請します。　□ 紛失したので届け出ます。

なお、紛失又は盗難の特定疾病療養受療証を発見したときは、直ちに返納し、不正使用等のないことを誓約します。

（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		
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名		電話	－　－
個人番号			

注1 再交付の申請をされるときは、運転免許証等本人であることを確認できるものをご提示ください。
提示のないときは、後日交付となります。
注2 紛失又は盗難にあった特定疾病療養受療証を発見したときは、直ちにお返しください。

特定疾病療養受療証 受領印

確認資料				〔備考〕
	□ 被保険者証	□ 健康手帳	□ 保険料決定通知書	
	□ 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

（給546）