



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)

被保険者記号・番号 (フリガナ) 世帯主との続柄
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
再交付の申請理由
紛失等の状況
確認事項
最後に診療を受けた医療機関名及び所在地

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
個人番号
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
受任者 氏名 住所 同 上
同意書兼誓約書

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。

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、直ちにお返しく下さい。

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()
特定疾病療養受療証受領署名欄

起案日 令和 年 月 日
審査 課長 課長代理 係長 係員
決裁
証回収日 令和 年 月 日
証再交付日 令和 年 月 日
決裁日 令和 年 月 日