

決 裁	理 事	扱 印

健康保険特定疾病療養受療証 減 失 再交付申請書  
 棄 損

令和 年 月 日提出

記番号		氏 名				印
住 所						電話 - -
事業所			部室店			
課・グループ				内 線	#	-
再交付対象者	氏 名	男女	(元号)	生 年 月 日	続柄	
申請理由						