

健 保 使 用 欄	減失届受付日	年	月	日	常務理事	事務長		担当
	資格取得日	年	月	日				
	資格喪失日	年	月	日				

健康保険 特定疾病療養受療証 減失届

該当するものに○

全日本空輸健康保険組合理事長 殿					事由発生日		令	和	年	月	日		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号				② 事業所名								
	③ 被保険者の 氏名と印					④ 被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和		年	月	日		
	⑤ 被保険者の 住所・連絡先	郵便番号											
				連絡先電話番号									
	⑥ 対象者が被扶養者の 場合は、その者の	氏名				生年月日	昭和 平成 令和		年	月	日	被保険者 との続柄	
	⑦ 減失届理由	1. 減失（ 盗難 ・ 遺失 ・ 焼失 ・ 紛失 ）											
		届出をした 警察署	名称	警察署								交番	
			届出日時	年 月 日								時頃	
			番号									号	
	⑧ 事由 (発生時の状況)												
上記記載のとおり、特定疾病受療証を減失しましたが、今後は取り扱いに注意いたします。 なお、この特定疾病受療証を発見したときは、直ちに返納いたします。													
年 月 日提出 被保険者氏名 ㊞													

受 付 日 付 印