|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書 | | | | | | | |
| 被保険者証  記号・番号 |  | |  | 組 合 員 氏 名 |  | | |
| 受療者 | | 氏 名 | | | | 生 年 月 日 | |
|  | | | | 昭 ・平・ 令　　　　年 　月 　日 | |
| 再交付申請の理由 | |  | | | | | 受療証  回収区分 |
| 添　付  回収不能 |
| 上記のとおり申請します。  令和 　年 　月 　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 郵便番号  住 　 所  組合員  氏 　 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　　話　（　 　　）　 　　　－  全国土木建築国民健康保険組合理事長 様 | | | | | | | |

|  |
| --- |
| (注)「受療証回収区分」欄は、該当する文字を○で囲んでください。 |

**受療証の希望送付先（受け取り希望先が上記の住所以外の場合）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | | |
| 電話番号 | （　　　）  ※日中連絡が取れる番号を記入してください。 | 宛　名 | 組合員との関係（　　　　　）  ※宛名が組合員本人である場合、記入は不要です。 |