

常務理事			担当者

## 健康保険 医療費についてお知らせ (再) 発行申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ]	事業所の名称	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	氏名	(フリガナ) _____			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 - )			都 道 府 県	年 月 日
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

申請内容	依頼目的					
	発行を希望する診療期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	~	年 月

送付希望先	該当するものに○をお願いします	1. 事業所 2. 自宅
-------	-----------------	-----------------

上記のとおり医療費についてお知らせの発行を申請します。

令和 年 月 日

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄