

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 年 月 日 [][][][][][][][]
	住所	(〒 -)		都 道 府 県	
	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