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

	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
被保険者等記号・番号（左づめ）				

氏名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和　年　月　日 □ 平成 □ 令和
住所	（〒　　ー　　）　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	□ 平成 □ 令和　年　月　～　年　月

送付希望先

該当するものに〇をお願いします	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	

福井県自動車販売整備健康保険組合