

保険給付決定支払通知書 再発行申請書

令和 年 月 日 申請

下記の保険給付費の支払通知書について再発行をお願いします。

被保険者等記号番号	記号	番号	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									
事業所名称 (退職者は在職時の事業所名)												
被保険者の氏名												
被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和			年		月		日				
申請代行者の氏名						被保険者との関係						
被保険者(申請代行者)の住所 (送付先住所)	〒 —											
連絡先電話番号	—											
給付種別	<p>■証明を受けたい給付種別に○を付けてください。</p> <p>() 療 養 費 診療年月 (□平成 □令和 年 月分) (□装具 □鍼灸 □あん摩マッサージ □その他)</p> <p>() 高 額 療 養 費 診療年月 (□平成 □令和 年 月分)</p> <p>() 傷 病 手 当 金 請求期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)</p> <p>() 出 産 手 当 金 請求期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)</p> <p>() 出産育児一時金 事由発生日 (□平成 □令和 年 月 日)</p> <p>() 埋 葬 料 事由発生日 (□平成 □令和 年 月 日)</p> <p>() そ の 他 ()</p>											
支払通知書の使用目的												
備考												

《 健保使用欄 》

--	--	--	--	--

お問い合わせ・送付先
 愛知県医療健康保険組合
 〒460-0011
 名古屋市中区大須3-30-60
 TEL 052-269-3203