

伺年月日				
常務理事	事務長	課長	係長	係

「医療費のお知らせ」再交付申請書

被保険者証記号番号	記号		番号	
事業所名称 ※任意継続被保険者は記入不要				

被 保 険 者	氏名			
	生年月日	昭和	平成	年月日生
	住所			
	連絡先 ※日中ご連絡可能な番号	—	—	

再交付を希望する 診療期間	年 月 ~ 年 月診療分
------------------	--------------

【申請方法】上記項目に記入のうえ、当組合までご郵送ください。

【留意事項】

1. 送付先は当組合に登録されている被保険者住所に限ります。
住所が相違している場合は、事業所からの住所変更届の提出が必要となります。
2. 再交付する診療期間は既に発行しているものに限ります。
下記の発行スケジュールをご確認のうえ希望する診療期間を記載してください。
(希望する診療期間に未発行期間が含まれていた場合には、発行済期間の交付に代えさせていただきます。)

「医療費のお知らせ」発行スケジュール			
1月～3月診療分	7月上旬	7月～9月診療分	1月上旬
4月～6月診療分	10月上旬	10月～12月診療分	4月上旬

3. 申請書の受付から一週間以内に送付いたします。余裕を持って申請してください。

<p><送付先></p> <p>神奈川県電子電気機器健康保険組合 〒220-0002 横浜市西区南軽井沢 11-1 TEL 045-320-1188</p>

受付日付印