

理事長	常務理事	事務長	担当者

被保険者の	記号・番号			事業所名			
	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	住所	〒		日中の連絡先			
療養を受ける方		氏名 (続柄:)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
療養予定期間 (申請対象期間)		令和 年 月 ~ 令和 年 月					
証の受取方法		☐ 健保組合窓口 ☐ 職場受取(事業所ご担当経由での受取り) ☐ 自宅送付 ☐ 上記以外のところへ送付 * 下記に送付先を記入して下さい 送付先住所 宛名					
代行申請者欄 (被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください)	氏 名			被保険者との関係			
	日中の連絡先			代行申請の理由	☐ 被保険者本人が入院中の為 ☐ その他 ()		

[illegible]

受 付 印

受 付 印