

新様式 申請書 FAX依頼書

FAX:022-714-6857

全国健康保険協会宮城支部
業務グループ 行

※以下の新様式申請書の内ご希望の部数に○を囲ってください。

1	健康保険 傷病手当金支給申請書	30部	20部	10部	5部	1部
2	健康保険 出産手当金支給申請書	30部	20部	10部	5部	1部
3	健康保険 高額療養費支給申請書	30部	20部	10部	5部	1部
4	健康保険 埋葬料(費)支給申請書	30部	20部	10部	5部	1部
5	健康保険 被保険者証再交付申請書	30部	20部	10部	5部	1部

※在庫の状況で、新様式申請書の発送が遅れることがあります。

(申請書送付先)は必ずご記載ください。

【申請書送付先】	
〒	
所在地	_____
名称	_____
電話番号	_____
担当者	_____

上記の新様式申請書以外の申請書の郵送をご希望の場合は、お手数をおかけいたしますが、当協会までお電話くださいますようお願い致します。

全国健康保険協会宮城支部
(業務グループ直通) TEL 022-714-6856