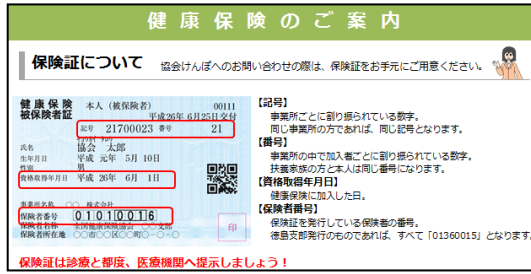


## リーフレット等の見本（一部）

## リーフレット等の名称・内容

### A4サイズ



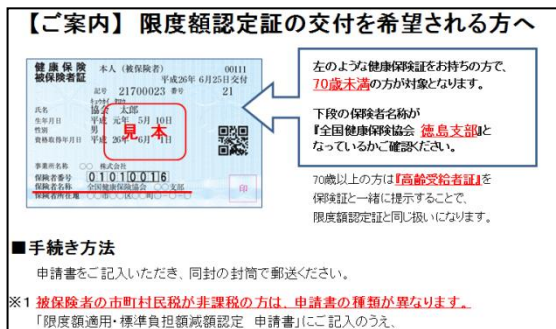
### 【健康保険のご案内】

☑新しく入社された方等に健康保険制度の説明をされるときにご活用ください。

◎内容◎

- ・保険証をなくしたとき
- ・保険証が使用できるケース・できないケース
- ・医療費が高額になりそうな場合
- ・ライフシーンごとの健康保険のしおり

### A4サイズ等



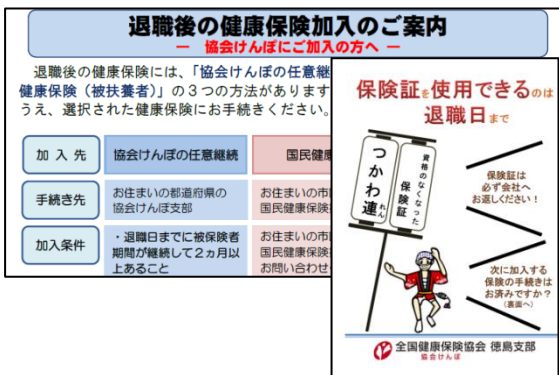
### 【限度額認定証の交付を希望される方へ】

☑医療費が高額になりそうな方へご案内ください。

◎内容◎

- ・限度額適用認定証の手続きについて
- ・限度額適用認定申請書・記入例
- ・返信用封筒
- ・ジェネリック医薬品希望シール

### A4サイズ等



### 【退職後の健康保険加入のご案内】

☑退職される方へご案内ください。

◎内容◎

- ・退職後の健康保険加入のご案内
- ・任意継続加入の手続き
- ・任意継続の申請から保険証発行までの流れ
- ・任意継続資格取得申出書・記入例
- ・保険証を使用できるのは退職日まで

### A6サイズ



### 【ジェネリック医薬品希望シール】

☑ジェネリック医薬品の希望を医師や薬剤師にお伝えやすくなるためのシールです。

- ・健康保険証やお薬手帳などの余白部分に張ってお使いください。

# 送 信 票

全国健康保険協会徳島支部 業務グループ 宛

FAX番号 088-602-0717

## 送 付 申 込 書

|   | リーフレット等の名称        | 必要数 |
|---|-------------------|-----|
| 1 | 健康保険のご案内          | 部   |
| 2 | 限度額認定証の交付を希望される方へ | 部   |
| 3 | 退職後の健康保険加入のご案内    | 部   |
| 4 | ジェネリック医薬品希望シール    | 部   |

※必要数をご記入ください。

### «送付先»

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| 住 所<br>(事業所所在地) | 〒 —       |
| 事業所名<br>(担当者名)  | (ご担当者氏名 ) |
| 連絡先(電話)         | — —       |

FAX番号はお間違えのないようお願いいたします。