FAX専用　申請書請求用紙

※各申請書ごとの送付枚数は、最大で50部です

名称

所在地　〒

電話番号

ご担当者様名

協会けんぽ
宮崎支部
FAX
0985-35-5393

●健康保険給付

申請書名	必要部数
健康保険　傷病手当金　支給申請書	部
〃　出産手当金　支給申請書	部
〃　出産育児一時金　内払金支払依頼書・差額申請書	部
〃　出産育児一時金　支給申請書	部
〃　埋葬料（費）支給申請書	部
〃　療養費　支給申請書　（治療用装具）	部
〃　療養費　支給申請書　（立替払等）	部
〃　高額療養費　支給申請書	部
〃　限度額適用認定申請書（課税者用）	部
〃　限度額適用・標準負担額減額認定申請書（非課税者用）	部
〃　特定疾病療養受療証交付申請書	部

●保険証再交付等

申請書名	必要部数
健康保険　被保険者証　再交付申請書	部
〃　高齢受給者証　再交付申請書	部

●任意継続

申請書名	必要部数
任意継続被保険者　資格取得申出書	部
〃　資格喪失申出書	部
〃　被扶養者（異動）届	部
〃　氏名　住所　性別　生年月日　電話番号　変更（訂正）届	部

【通信欄】