

FAX送信票

健康保険委員専用 申請書取り寄せサービス

必要な申請書について、部数をご記入ください。名称が記載されていない申請書については「その他」欄にその名称及び必要部数をご記入いただき、本紙をFAXしてください。
FAX受信後、7営業日以内に発送します。

FAX

06-6455-5891

全国健康保険協会大阪支部 企画総務グループ

申請書名	必要部数
① 傷病手当金支給申請書	部
② 出産手当金支給申請書	部
③ 高額療養費支給申請書	部
④ 療養費支給申請書（立替払い・治療用装具）必要な申請書に○をつけてください	部
⑤ 埋葬料（費）支給申請書	部
⑥ 限度額適用認定申請書	部
⑦ 限度額適用・標準負担額減額認定申請書	部
⑧ 被保険者証再交付申請書	部
⑨ 高齢受給者証再交付申請書	部
⑩ 任意継続被保険者資格取得申出書	部
⑪ 返信用封筒（切手が必要です）	部
その他	部

(点線に沿って切り取りし、送付用封筒に貼ってお送りします。)

住所および 事業所名	〒	—	都	道
	住所	府	県	
事業所名	(担当者) 様			

電話番号	TEL	—	—
------	-----	---	---