

# 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。

<b>F A X</b>	<b>06 - 6455 -5891</b> 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
		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 府 県
	住所 _____ _____
	事業所名 _____（担当者） 様

電話番号	TEL _____
------	-----------