

常務理事	事務長			担当者

記入例

保険給付金支給決定通知書(送付・再発行)申請書

下記に係る証明書の交付を申請します。申請者⇒健康保険組合

被保険者 記号	100	被保険者 番号	XXXX	加入(していた) 事業所名	株式会社ダスキン
被保険者名	健保 花子				

給付金(通知書)の種類 ※○をしてください					
・ 傷病手当金		・ 出産手当金		・ 高額療養費(付加金含む)	
・ 出産育児一時金		・ 埋葬料		・ 療養費(医療費の立替払いなど)	
給付対象者氏名 (家族の場合は家族の氏名)		健保 花子			
給付金の振込があった 年月日	・ 3 年		1 月	28 日	給付額 : 15,148 円
	・ 年		月	日	給付額 : 円
	・ 年		月	日	給付額 : 円
	・ 年		月	日	給付額 : 円
	・ 年		月	日	給付額 : 円
	・ 年		月	日	給付額 : 円
理由		子ども医療費支給申請 のため			
希望送付先					
〒 000-0000 ○○県○○市○○-○-○					

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

令和 3 年 2 月 1 日

ダスキン健康保険組合 理事長 殿

被保険者 住 所 〒 000-0000
〇〇県〇〇市〇〇-〇-〇
氏 名 健保 太郎
電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

受付日付印