

健康保険 証明書等発行(再発行)依頼書

保険証の 記号・番号	-	事業所名		
被保険者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日

発行(再発行)を希望する該当書類に

1. 被保険者資格喪失・被扶養者削除証明書

- 世帯全員分
- 以下の対象者

①	氏 名	続 柄
②	氏 名	続 柄

③	氏 名	続 柄
④	氏 名	続 柄

2. 給付金支給決定通知書

期 間 令和 年 月 ～ 令和 年 月 分

※①は受診期間、②～⑤は請求期間（不明な場合はおおよその期間で構いません）

- ①高額療養費・付加金
- ②傷病手当金・付加金
- ③出産手当金
- ④出産育児一時金
- ⑤埋葬料(費)

3. その他 書類の名称：

※「医療費のお知らせ」は再発行できません。（マイナポータルで診療・薬剤・医療費・健診情報が確認できます）

発行の理由	
-------	--

受取の方法	<input type="checkbox"/> 事業所経由 <input type="checkbox"/> 以下の依頼者住所に郵送 ※住所・氏名を記載し、84円切手を貼付した返信用封筒を同封してください。 ※依頼者の身元確認書類(運転免許証、パスポート、在留カード等)のコピーを同封してください。
-------	---

上記のとおり書類の発行(再発行)を依頼します。

令和 年 月 日 住 所 〒

氏 名

被保険者との続柄
()

TEL

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責任者	担当者