

# 保険給付金支給決定通知書 再発行申請書

|     |  |                   |  |        |  |
|-----|--|-------------------|--|--------|--|
| ①記号 |  | ③加入(していた)<br>事業所名 |  | ④被保険者名 |  |
| ②番号 |  |                   |  |        |  |

|   |                    |                         |  |
|---|--------------------|-------------------------|--|
| ⑤再発行したい給付金(通知書)の種類  | ⑥不支給文書の有無          | ⑦対象者氏名<br>(家族の場合は家族の氏名) | ⑧再発行したい通知書の支払年月日<br>(給付金が振り込まれた年月日)  |
| ・傷病手当金                      ・出産手当金<br>・高額療養費(付加金含む)      ・療養費<br>・出産育児一時金                  ・埋葬料<br>・その他(                              ) ※○をしてください | 有 ・ 無<br>※○をしてください |                         | ・    年    月    日    ・    年    月    日<br>・    年    月    日    ・    年    月    日<br>・    年    月    日    ・    年    月    日 |

|  |                        |
|--|------------------------|
| ⑨再発行の理由  | ⑩再発行した通知書の提出先          |
| ・医療費控除申請    ・医療費助成申請    ・障害年金申請    ・紛失<br>・その他(                              ) ※○をしてください | 例:〇〇市役所、〇〇保険会社、〇〇株式会社等 |

令和    年    月    日

東京都電機健康保険組合 殿

〒

申請者の住所

氏名

日中繋がる電話番号

※ 上記事項について確認した結果、相違ないので再発行いたしたい。

|       |      |      |    |    |    |   |
|-------|------|------|----|----|----|---|
| 健保使用欄 |      |      | 年  | 月  | 日  |   |
| 専務理事  | 常務理事 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
|       |      |      |    |    |    |   |

受付日付印