

# 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) 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 (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 (給付金が振り込まれた年月日)
・傷病手当金                      ・出産手当金 ・高額療養費(付加金含む)      ・療養費 ・出産育児一時金                  ・埋葬料 ・その他(                              ) ※○をしてください	有 ・ 無 ※○をしてください		・    年    月    日    ・    年    月    日 ・    年    月    日    ・    年    月    日 ・    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 ・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