

保険給付支給 停止 復活 申請書

常務理事	事務長	担当者

平成 年 月 日

該当する項目に○印をしてください。	
認定時・随時	⇒①②③に記入
転居時	
不該当	⇒①②④に記入

②公費受給者について	公 費 該 当 者 名		続柄
	氏	名	
	公 費 該 当 者 の 生 年 月 日		
	明 昭 大 平	年	月 日

①被保険者について	健康保険証の記号・番号			
	従業員番号			
	被保険者の氏名		捺印	
	氏	名		
	被保険者の生年月日			
	明 昭 大	年	月	日
	被保険者の勤務事業所			
	TEL			
	健康保険証の資格取得日		性別	
昭 平	年	月	日 男 女	
被保険者の住所				
TEL				

③公費負担該当	医療証・受給証等をご覧になり記入してください。			
	公 費 の 種 類			
	公費負担者番号		該 当 年 月 日	
			昭	年 月 日
			平	
	公費受給者番号		不 該 当 年 月 日	
			年	月 日
			平	
	該当月以降の一部負担金の支払方法			
1. 窓口負担額免除 2. 公費に該当しているが→2ページ目上段2参照 一部負担金は発生する 3. その他				

④公費負担不該当	公 費 の 種 類	不 該 当 年 月 日
		年 月 日
	平	
不 該 当 月 の 一 部 負 担 金 の 支 払 方 法		

受 付

2008.10.01