年間医療費のお知らせ・給付金支給決定通知書　発行依頼書

被保険者（申請者）情報

被保険者証の	記号		番号	
事業所	会社名称		所属部署	
氏名・印	（フリガナ） 印		確認欄 ☐	自署の場合は押印を省略することができます。 ＊ただし、以下の場合は省略不可 ① 訂正があった場合 （←自署であるため、押印を省略する場合は☑）
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日		電話番号（日中の連絡先）	（　　）
住所	（〒　　－　　） 都 道 府 県			

申請内容

発行の種類	☐年間医療費のお知らせ ☐ 平成 ☐ 令和　年度分　☐平成 ☐令和　年　月診療分迄 ※発行できる直近の診療月は、依頼書を受付けた月の3か月前迄です ☐給付金支給決定通知書 【種　類】 ☐ 傷病手当金 ☐ 現金給付　病院等（保険診療分）で支払った自己負担金に対する給付金 療養費・家族療養費・移送費・家族移送費 出産育児一時金・家族出産育児一時金・出産手当金 埋葬料（費）・家族埋葬料 ☐補助金　インフルエンザ補助金・禁煙外来補助金 【支給月】 ☐ 平成 ☐ 令和　年　月分 ※ 支給月が不明な場合は、健保にお問合せください
発行理由	☐ スマホ・ＰＣがなく、いきいきポータルの登録ができない ☐ いきいきポータルの使用はできるが、印刷環境がない ☐ その他（　　）
受取方法	☐ 事業主経由で送付（社内便　〒　　） ☐ 被保険者（申請者）情報欄記載住所に送付 ☐ その他（　　）

受付印	発送日

日野自動車健康保険組合

R5.1改訂