ジェネリック医薬品利用促進のお知らせ　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 ☐ 令和		電話番号 （日中の連絡先）	（　　）
	住所	（〒　　－　　） 都　道　府　県			
申請内容	対象期間	☐ 平成 ☐ 令和　　年　　月診療分　～　☐ 平成 ☐ 令和　　年　　月診療分 ※　対象診療月は、１～3月診療分・5～7月診療分・9～11月診療分単位となります			
	発行理由	☐　いきいきポータルの使用ができない為 ☐　いきいきポータルの使用はできるが、印刷環境がない為 ☐　その他　（　　）			
	受取方法	☐　事業主経由で送付　（社内便　〒　　） ☐　被保険者記載住所に送付 ☐　その他　（　　）			

受付日付印	支払日付印

日野自動車健康保険組合

R2.7改訂