

被保険者様用

平成 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

「年間医療費のお知らせ」申込書

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号		連絡先	TEL. () -
被保険者が勤務する (していた)事業所の名称				
送付先 (どちらかに○印をつけて 送付先をご記入ください)	1. ご自宅	〒 -		
	2. 事業所	〒 - (宛名)		
備考				

下記宛にFAX等でお申し込みください。

受付日付印

(送付先)

〒460-0002

名古屋市中区丸の内三丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合

TEL 052-211-2439

FAX 052-231-4964

※ 「年間医療費のお知らせ」はシステム上再発行ができませんので、なくさないようご注意ください。

組合記入欄	平成 年 月 日 送付
-------	-------------

事業所様用

平成 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

「年間医療費のお知らせ」申込書

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

ご担当者様氏名

連絡先TEL () -

事業所記号	
-------	--

被保険者証 番号	被保険者氏名	被保険者証 番号	被保険者氏名	被保険者証 番号	被保険者氏名

備考	
----	--

受付日付印

組合記入欄	平成 年 月 日送付
-------	------------