

秘 厳秘情報
複製禁止

決 裁 令和 年 月 日

健保 使用欄	受 付	登 録	常務理事	事務長	関係者	担 当
	再生紙（裏紙）の申請は不可					
	標報月額	千円	有効期間	平成 年 月 日から		
	所得区分	ア. 83万円以上 イ. 53万～79万円 ウ. 28万～50万円 エ. 26万円以下		平成 年 月 日まで		
証交付日			平成 年 月 日			

健康保

連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡
が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入く
ださい。

中部電力健康保険組合 常務理事 殿 令和〇〇年 月 日 届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証		被 保 険 者 氏 名		会社名・所属・連絡先	
	記 号	1	健保 太郎		〇〇（株）△△支店××部×G	
	番 号	1 2 3 4 5			☎ ×××-××××-××××	
	対象者の氏名		性別	生 年 月 日		続 柄
	健保 花子		男・女	昭和 平成 令和 48 年 7 月 7 日		妻
	※通院・入院に○を付けてください。入院期間が確定していない場合は「未定」とご記入ください。					
	通院	入院期間（日数） （入院の場合のみ記入）		令和 〇〇 年 4 月 30 日 まで		30日間
入院	やむを得ない場合を除 き記入不要。		名称	東レディースクリニック 町△番地		
送付先住所※		〒〇〇〇 名古屋市〇〇区△△町××1丁目2-3				

- ◎ 後日送付する認定証は、退院後不要となりましたら、速やかにご返納ください。
- ※ 被保険者が休職中で出社できない等、やむを得ず自宅等へ送付が必要な場合は、記入してください。