宛先 〒185-250 日本電気健康保険組合　現物給付グループ

【保険請求切替え連絡票】

社内ﾒｰﾙ 〒185-250 FAX 03-3461-9375

提出日

健康保険証の記号番号	被保険者氏名
ー	

資格喪失された方のお名前	日中連絡がとれる連絡先（職場、自宅、携帯、メールアドレスなど）	
	電話	ー　ー
	mail	

医療機関名	対象年月（令和〇年〇〇月）	了解頂いた日付	ご担当者名