

解説

本PDFをAcrobat Reader DCを使って入力することが可能です。

※ ご利用の際は、ご自身のご判断で行うようお願いいたします。

※ 検証 PC スマートフォン タブレットPC

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		
										2021-01-20		
健康保険証の記号番号										健康		
9	9	9	-	0	1	2	3	4	5	6		
資格喪失された方のお名前										日中連絡がとれる連絡先		
健康保険 花子										電話	0 1 2 0 -	
										mail	h-kenkoh	
医療機関名										対象年月(令和〇年〇〇月)		
渋谷内科・胃腸科診療所										令和2年11月		
北町診療所										令和2年10月		
道玄坂整形外科										令和2年9月		

入力方法 : PDFの入力は 枠内を記入いただきます。

- 書類(PDF)を外部のフォルダーに保存しAcrobat Reader DCを使い下記の編集が可能となります。
- 提出日をクリックしてした▼からカレンダー表示し入力日を選択します。
- 記号 枠をクリック 3桁を入力エンターキーにて枠内に表示
- 番号 枠をクリック 7桁を入力エンターキーにて枠内に表示
- 被保険者氏名をクリック 入力後、エンターキーにて枠内に表示
- 資格喪失された方の氏名を入力 入力後、エンターキーにて枠内に表示
- 日中連絡可能な連絡先、電話番号を市外局番から順に入力願います。
- 資格喪失された方のe-mailアドレスを入力 (連絡可能なe-mailアドレスを入力)
- 利用された医療機関名を入力
- 利用された対象月を入力
- 医療機関に了解された年月日を入力
- 了解いただいた担当者様名を入力

