

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

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)		行方不明の日付		ご担当名称					
渋谷内科・胃腸科診療所		令和2年11月		令和2年12月30日		鈴木さん					
北町診療所		令和2年10月		令和3年1月2日		伊藤さん					
道玄坂整形外科		令和2年9月		令和3年1月3日		佐藤さん					

提出日: 2021-01-20

2021年1月

日	月	火	水	木	金	土
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6

☐ 今日: 2021/01/20

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

