

傷病手当金支給決定通知書 再発行申請書

以下の内容で再発行を申請します。

記号		番号	
氏名	(フリガナ)		
会社名			
住所	〒		
日中連絡がとれる電話番号			
支給決定通知書紛失理由			
再発行した支給決定通知書の使途	☐ 休業補償制度 (LTD) 申込のため ☐ その他 ()		
再発行が必要な支給決定通知書の請求期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※請求期間がわからない場合は、健康保険組合までお問い合わせください。		

※申請方法のとおり申請してください。当組合の被保険者期間の再発行となります。
(T I S インテックグループ健康保険組合の被保険者である方またはあった方が対象となります)

【申請方法】
・本申請書及び返信用封筒を健康保険組合まで送付下さい。 ※返信用封筒について 再発行した支給決定通知書を返送するために使用します。 320円分の切手を貼ってください。 宛名面には、申請される方のご住所とお名前を記載ください。 (特定記録郵便として返送するため、通常の郵便料金110円+特定記録加算分210円 計320円分の切手になります。)
【送付先】
〒930-8577 富山県富山市牛島新町5-5 T I S インテックグループ健康保険組合 宛 TEL : (076)-444-8007