

送付状

事業所記号 (同封する全ての事業所分)			
送付元事業所所在地			
送付元事業所名			
ご連絡先	電話	FAX	
ご担当者様			

★ 適用関係届 (◆はマイナンバー記載必須)

届出用紙	部(枚)数
<input type="checkbox"/> ◆資格取得届	部
<input type="checkbox"/> 資格喪失届	部
<input type="checkbox"/> ◆被扶養者(異動)届	部
<input type="checkbox"/> 被扶養者現況届	枚
<input type="checkbox"/> 添付書類	部
添付書類のうち、住民票(個人番号記載あり)	部
その他:	
<input type="checkbox"/> 被保険者証	枚
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	枚
<input type="checkbox"/> 被保険者証再交付申請書	部
<input type="checkbox"/> 被保険者証滅失届	部
<input type="checkbox"/> 被保険者証回収不能届	部
<input type="checkbox"/> 氏名変更(訂正)届	部
<input type="checkbox"/> 月額変更届	部
<input type="checkbox"/> 算定基礎届	部
<input type="checkbox"/> 総括表(<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 磁気媒体)	部
<input type="checkbox"/> 賞与支払届	部
<input type="checkbox"/> 電子記録媒体(CD等)	部
<input type="checkbox"/> 産前産後休業取得者申出書	部
<input type="checkbox"/> 産前産後休業取得者変更(終了)届	部
<input type="checkbox"/> 産前産後終了時報酬月額変更届	部
<input type="checkbox"/> 育児休業等取得者申出書(新規・延長)	部
<input type="checkbox"/> 育児休業等取得者終了届	部
<input type="checkbox"/> 育児休業等終了時報酬月額変更届	部
<input type="checkbox"/> 適用事業所所在地・名称変更(訂正)届(管轄内)	部
<input type="checkbox"/> 適用事業所所在地・名称変更(訂正)届(管轄外)	部
<input type="checkbox"/> 事業所関係変更(訂正)届	部
<input type="checkbox"/> 適用事業所全喪届	部
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者資格取得申請書	部
<input type="checkbox"/> 資格証明願	枚
<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外等(該当・不該当)届	部
<input type="checkbox"/> その他:	
マイナンバー記載人数(適用関係)	人

★ 保険給付関係届

届出用紙	件(枚)数
<input type="checkbox"/> 療養費・療養付加金支給申請書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 負傷原因届	件
<input type="checkbox"/> 出産手当金請求書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 出産育児一時金・付加金内払金支払依頼書・差額分請求書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)(一式)	件
<input type="checkbox"/> 出産育児一時金・付加金請求書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 埋葬料・埋葬料付加金請求書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 調剤合算(医科・歯科)支給申請書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定申請書	件
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	枚
<input type="checkbox"/> 「医療費助成」制度該当届(新規・変更・終了)(一式)	件
<input type="checkbox"/> 第三者行為による傷病届(一式)	件
<input type="checkbox"/> 移送費支給請求書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定申請書	件
<input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証	枚
<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証交付申請書	件
<input type="checkbox"/> その他:	
マイナンバー記載人数(保険給付関係)	人

★ 保健事業関係届

<input type="checkbox"/> 契約外健診医療機関受診申込書兼承認書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 契約外健診医療機関受診補助金交付申請書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 脳ドック(脳検査)補助金交付申請書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査補助金交付申請書(一式)	件
<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種補助金申請書(一式)	件
<input type="checkbox"/> その他:	

★ その他の届

<input type="checkbox"/> 健康保険料預金口座振替(変更)依頼書	枚
<input type="checkbox"/> 健康保険給付金請求書(振込口座届出書)	枚
<input type="checkbox"/> 健康保険保険給付金受領代理人・振込口座 選任・変更届	枚
<input type="checkbox"/> 電子申請利用申込書(一式)	件
<input type="checkbox"/> 返信用封筒	枚
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

備考