

島根県医師国民健康保険組合 宛て [FAX: 0852-26-3104]

( 所在地 (〒 - ) )  
 ( 送付先 ) 名 称  
 組合員氏名

( 連絡先電話 - - )

※ 郵送の場合は上記送付先にお送りします。

申請様式等送付依頼書

様式番号	様式名	部数
様式第1号	国民健康保険被保険者資格取得届	部
様式第1号-2	国民健康保険被保険者住所氏名変更届	部
様式第2号	国民健康保険被保険者包括資格喪失届	部
様式第2号-2	国民健康保険被保険者資格喪失届	部
様式第3号	国民健康保険法第116条 該当・非該当届	部
様式第4号	国民健康保険特別被保険者証交付申請書	部
様式第5号	国民健康保険被保険者証再交付申請書	部
様式第6号	国民健康保険高額療養費支給申請書	一部
様式第7号	国民健康保険療養費支給申請書	部
様式第8号	出産育児一時金支給申請書	部
様式第9号	葬祭費支給請求書	部
様式第10号	傷病手当金支給申請書(組合員入院)	一部
様式第10号-2	傷病手当金支給申請書(組合員入院外)	部
様式第10号-3	傷病手当金支給申請書(准組合員入院)	一部
様式号外	国民健康保険限度額適用等認定申請書	部
様式号外	国民健康保険後期高齢の組合員資格喪失届	部
様式号外	高齢者受給者証再交付申請書	部
様式号外	保険料納入証明書	部
様式号外	規約第28条適用に係る保険料減免申請書	部
様式号外	個人情報保護シール(8枚/シート)	シート
様式号外	健康保険被保険者適用除外承認申請書	部
様式号外	各種申請用封筒(長3)	部
様式号外	個人番号(マイナンバー)情報提出用封筒(長40)	部
様式号外	申請様式等送付依頼書 ※本様式	部

様式番号	様式名	部数
保健事業様式第1号	人間ドック実施費用交付申請書	部
保健事業様式第1号[続き](1/2)	質問票(特定健康診査用)	部
保健事業様式第1号[続き](2/2)	特定健康診査データ提供用紙	部
保健事業様式第2号	ABC検診実施費用交付申請書	部
保健事業様式第4号	がん検診事業 費用交付申請書	部
保健事業様式第4号-1	がん検診事業 個人別実施明細書	部
保健事業様式第5号	保養施設等利用助成金申請書	部
保健事業様式第6号	インフルエンザ予防接種補助申請書	部
保健事業様式第7号	死亡見舞金支給申請書	部

様式番号	様式名	部数
* 特定健診 特定健診データ提供様式第1号	「特定健康診査」データ提供について	部
特定健診データ提供様式第2号	質問票(特定健康診査用)	部
特定健診データ提供様式第3号	特定健康診査データ提供用紙	部

\* 「特定健診」様式は特定健診実施医療機関でない機関、または労働安全衛生法等による職場健診におけるデータ提供の場合にご使用下さい。(データ提供料を支給いたします)