2018年 年間医療費のお知らせ 発行申込書

パルグループ健康保険組合理事長 殿

申請日： 年 月 日

保険証 記号一番号	—	被保険者名	フリガナ
電話番号	所属または店舗	TEL:	
	自宅または携帯	TEL:	
パルグループ健保以前に加入していた健康保険 (下記①②のどちらかに○をつけてください)			
①大阪ニット健保	→ 大阪ニット健保加入時の9月以前診療分もまとめて送付いたします。		
or ②それ以外の健保	→ 9月以前診療分はご自身で加入されていた健保へご依頼ください。 (10月・11月分は当健保から発行いたします)		
受取方法 (下記①～③のいずれかを選択のうえ、住所をご記入ください)			
①所属や店舗で受取	〒 ※所属・店舗名まで必ず記入ください		
②自宅で受取	〒		
③その他 ()	〒		
〔送付先・問い合わせ先〕 〒550-0002 大阪府大阪市西区江戸堀1丁目6番10号 肥後橋渡辺ビル6F パルグループ健康保険組合 TEL：06-6459-1685			

◆ 「年間医療費のお知らせ」は2019年2月上旬ごろの発行を予定しております ◆

受付日付印