

常務理事	事務長	課長	係

新潟県農業団体健康保険組合
適用係 行

臓器提供意思表示欄保護シール請求書

①被保険者証記号・番号		.
事業所	② 名称	
	③ 所在地	〒 —
被保険者	④ 氏名	
	⑤ 住所	〒 —
⑥ 送付希望先		<input type="radio"/> 1. 事業所 <input type="radio"/> 2. 自宅
⑦臓器提供意思表示 保護シール請求枚数		枚

この書類は、健康保険被保険者証裏面の臓器提供に関する意思表示欄を貼付する際に使用する「意思表示欄保護シール」(以下、「保護シール」という。)の請求書です。保護シールご請求の際は、上記①～⑦に記入後、当請求書を「新潟県農業団体健康保険組合 適用係」宛にFAXまたは郵送にてお送り下さい。到着後、保護シールを「⑥送付希望先」にお送りいたします。

- ※ ⑦の請求枚数は被扶養者(当組合認定者に限る)の分も含め、必要枚数をご記入ください。
- ※ このシールは、一度はがすと再貼付できません。記入内容を変更したい場合は、健康保険証の再交付を受けて、変更後の意思を記入してください。

〈 お問い合わせ・送付 先 〉
〒951-8117 新潟市中央区南横堀町294番地1
電話 025-222-7586
FAX 025-223-0613

新潟県農業団体健康保険組合 適用係

受付年月日