

常務理事	事務長	課長	係

新潟県農業団体健康保険組合 御中

「医療費のお知らせ」紙送付依頼書

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紙送付を希望する理由		
⑦紙送付を希望する期間 (最長で2年間)		令和 年 月 ~ 令和 年 月
⑧送付希望先		<input type="radio"/> 1. 事業所 <input type="radio"/> 2. 自宅

以上 申請します。

令和 年 月 日 提出

上記①～⑧を記入後、当依頼書を「新潟県農業団体健康保険組合 給付係」宛に郵送にてお送り下さい。なお、「⑦紙送付を希望する期間」は、最長で2年間とさせていただきます。依頼書が到着後、毎月末に紙の「医療費のお知らせ」を「⑧送付希望先」にお送りいたします。

※ 紙通知の対象は、原則としてパソコン、スマートフォンでインターネット接続環境がなく、Web閲覧のできない方にさせていただきますので、ご協力をお願いします。

〈 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
新潟県農業団体健康保険組合 給付係

受付年月日