

健康保険 被保険者欄	主 担 者	係 員

受 付 年 月 日

「医療費のお知らせ」紙送付依頼書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事 業 所 名											
被 保 険 者 証	記号			番号							
被 保 険 者 氏 名	⑩										
区 分	<input type="checkbox"/> 新規申込 ・ <input type="checkbox"/> 取り消し										
紙送付を 希望する理由											

以上申請します。

平成 年 月 日 提出

事業所コード

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

⑩

電 話 番 号