

味の素健康保険組合 理事長 殿

給付申請書 提出遅延理由書

令和 年 月 日記入

被保険者証の	記号		番号	
被保険者の氏名	フリガナ			生年月日
				昭 和 平 成 年 月 日
被保険者の現住所	〒		—	都 道 府 県 市 区 郡
	電話 - -			
事業所名				
勤務している事業所の所在地	〒		—	都 道 府 県 市 区 郡
	電話 - -			
遅延理由	【詳しくご記入ください】			
事業所担当窓口の見解・今後の対策等	<p style="text-align: center;">今後、書類提出について遅延することのないよう、全被保険者に周知徹底を図ります。</p> <p style="text-align: center;">事業所名称</p> <p style="text-align: center;">責任者氏名 ㊟</p>			

※この理由書は、「給付申請書」の提出が申請（請求）事由の発生後4ヵ月以上遅れた場合に、当該給付申請書に添付してください。

常務理事	事務長	係	事業所担当者

⋯⋯⋯
受 付 印