

別送扱い取り消し申請書

申請日

年

月

日

1 申請者

氏名		電話	
住所			
被保険者との関係			

2 被保険者

氏名		電話	
住所			
被保険者番号			

3 別送を取り消しする理由（あてはまるものに○をしてください）

1	被保険者が施設（施設名：	）から退所したため。
2	被保険者が病院（病院名：	）から退院したため。
3	被保険者が、別送先から自宅に戻ったため。	
4	その他（	

受付	入力
----	----