

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

医療費のお知らせ交付申請書

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号		—			
	氏名					
	住所	〒	—	電話番号 <small>※平日9時～17時につながる 電話番号を記載してください。</small>	—	—

※番号に○をつけてください。

対 象 者	1. 加入者全員分			2. 対象者のみ <small>(下記に対象者氏名をご記入してください)</small>		
	①		④			
	②		⑤			
	③		⑥			

証 明 期 間	令和 年 月 診 療 分 ～ 年 月 診 療 分
---------	--

* 送付先が、被保険者欄の住所と異なる場合にご記入してください。

医 療 費 の お 知 ら せ 送 付 先	住 所 ・ 氏 名	〒	—	電話番号 <small>※平日9時～17時につながる 電話番号を記載してください。</small>	—	—

注意

① 病院等から医療費明細書が健康保険組合に届くのは診療月の2ヵ月後になるため、3ヵ月後以降にならないと発行できません。
証明期間によっては医療費のお知らせの発送が遅くなる場合があります。

② FAXでのお申し込みはできません。必ずご郵送ください。

令和 年 月 日

_____/_____/_____
受付年月日