

常務理事			担当者

健康保険 医療費についてお知らせ 発行申請書

被保険者情報	記号	番号	事業所名称	
	被保険者証の (右つめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和
	住所	(〒 -)	年 月 日	
	電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()	
依頼目的				

診療期間	発行を希望する診療期間	7.平成 9.令和	年	月	～	年	月
------	-------------	--------------	---	---	---	---	---

送付希望先	該当するものに○をお願いします	1. 事業所 2. 自宅
-------	-----------------	-----------------

上記のとおり医療費についてお知らせの発行を申請します。

令和 年 月 日

(R3.6)

受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄