

## 医療費のお知らせ交付申請書

被保険者証記号一番号		—				
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	年	月		日	所在地
被保険者の現住所		〒				
		電話 ( ) —				
発行希望年		令和 年分 ※平成29年度からは1月～11月受診分				
申請年月日		令和 年 月 日				
(必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。						
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					

上記のとおり医療費のお知らせの交付を申請します。

- ・医療機関等から健保組合への請求の関係上、実際に支払った額と違う場合があります。
- ・また、第三者機関の審査状況により請求が遅延して記載されていない場合があります。
- ・受診月時点で加入していた被保険者・被扶養者全員の履歴が印刷されています。
- ・12月診療分は、医療機関等が発行した領収書を添付して申告してください。

2021.2改定