

「医療費のお知らせ」発行依頼書

下記のとおり、医療費のお知らせの発行をお願いします。

申請日：令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号		番号		生 年 月 日
	氏名				1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
	住所 (送付先)	〒	-		
	電話番号 (携帯番号)	()			

期 間	発行を希望する 診療期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月
	※発行できる診療月は、依頼書を受付した月の5年前から3か月前までになります。	

発 行	発行の対象者	1. 被保険者 2. 被扶養者 3. 被保険者及び被扶養者
--------	--------	-------------------------------

同 意 欄	ご家族（被扶養者）分も発行を希望される場合は、その方の同意が必要です。			
	下記の記入欄に、ご家族ごとに氏名を自署でご記入ください。			
	ただし、未成年（18歳未満）の方については、被保険者による代筆が可能です。			
	発行の対象となるご家族は、被保険者の記号番号と同じ方に限ります。			
	私は、被保険者が「医療費のお知らせ」の発行依頼にかかる手続きを行うことに同意します。			
	氏名(自署)		氏名(自署)	
	氏名(自署)		氏名(自署)	
	氏名(自署)		氏名(自署)	

(注) 1. 郵送でご提出ください。(電話・FAXでは受付できません)
2. 返信用封筒(切手貼付)を添えてご提出ください。

東海地区石油業健康保険組合2025.04.01

受 付 日 付 印