

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	係員

令和 年 月 日

東京広告業健康保険組合 理事長 殿

医療費通知の発行依頼申請書

下記事由により医療費通知の発行をお願い致します。

記

1. 被保険者の記号・番号 ※被保険者証の名前の上に記載されています。
(記号 _____ ー 番号 _____)

2. 対象者氏名 (複数いる場合は全て記入)

3. 利用目的 (のどちらか一方にレ点を付けてください。)

⑨: 対象者が保険証を使用して受けた医療費等については、診療月の2~3ヶ月後に医療機関等から当組合へ医療費の請求がされますので、申請月を含め2, 3ヶ月前までの医療費はお知らせすることが出来ませんので予めご了承ください。

(例: 12月に申請した場合 → 9月診療分までの期間となります)

医療費控除で使用するための年間医療費通知 ➡

※直近の医療費についてはご自身で領収書等により申告する必要がありますのでご注意ください。

各種手続き等に使用するための医療費通知

対象期間 ➡

(利用目的: _____)

4. 特記事項

(_____)

被保険者 (〒 _____)

住 所: _____

電話番号: _____

氏 名: _____

送付先: 東京都中央区築地 4-1-1 東劇ビル 16 階
東京広告業健康保険組合