

## 医療費のお知らせ依頼書

依頼日：

依 頼 者	健康保険の記号一一番号	氏名	生年月日
	—		
事業所／グループ会社名	連絡先（日中連絡可の電話・メール）		
	電話： メール：		
所属部署名			
確定申告をされる場合は、年単位をチェック✓のうえ、年度をご記入ください。			
期 間	年単位		
	年度分 _____		
*当年度分（1月～12月）は翌年3月10日以降に発行します。 *12月分の領収証を確保できる場合には1月～11月分の「お知らせ」のご利用もご検討ください。			
月単位の「お知らせ」を希望される場合は、月単位をチェック✓のうえ、年月をご記入ください。利用目的もご記入ください。			
	月単位		
年_____月診療分～年_____月診療分			
※発行までに受診月から3か月かかります。 (例) 当年1月～11月 → 翌年2月中旬発行			
利用目的：			

(注意)

- ・医療費のお知らせは被保険者と被扶養者分を発行します。
- ・発行できる直近の診療月は、依頼書を受付けた月の3か月前までになります。  
(例) X年10月発行分はX年7月診療分までの情報となります。