

医療費のお知らせ依頼書

依頼日：

依 頼 者	健康保険の記号 ― 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		
期 間	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。		
	<p style="text-align: center;">年単位</p> <p style="text-align: center;">_____ 年度分</p> <p>※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。</p>		
	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。		
	<p style="text-align: center;">月単位</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 _____ 月診療分 ～ _____ 年 _____ 月診療分</p> <p>※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</p> <p>利用目的：</p>		

（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。