

※組合使用欄

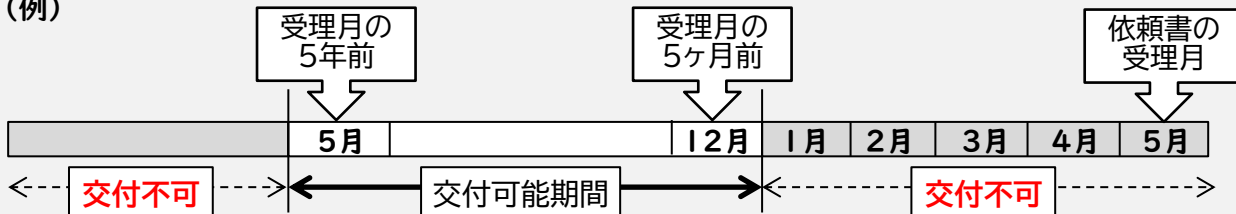
マネジャー	アシスタントマネジャー	チームリーダー	スタッフ

『医療費のお知らせ』交付依頼書

■「交付を希望する診療期間」欄についてのご注意

- ・交付できる診療月は当組合が依頼書を受理した月の5年前から5ヶ月前までになります。
例)5月に当組合が依頼書を受理した場合の交付可能期間：5年前の5月～前年の12月まで
- ・交付可能期間内であっても、医療機関からの請求が遅れると、医療費のお知らせに掲載されない場合があります。

(例)



被保険者情報	被保険者等号 記号 番号 (※1)	被保険者名 氏名 生年月日	(フリガナ)
	被保険者 の現住所 (※2)	〒	昭・平・令 年 月 日
	本人確認欄	☐ この申請書を作成したのは申請者本人(被保険者)です ※忘れずに☑を記入ください ※3	
	備考	日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -	

交付依頼内容	交付対象者	☐ 世帯全員 ※「世帯全員・その他」いずれも当組合の加入員である方・あった方に限ります ☐ その他 (具体的に氏名を記入 :)
	交付を希望する診療期間	令和 年 月診療分 から 令和 年 月診療分 まで

- ※1 すでに資格を喪失し記号と番号が不明の方は、備考にお勤めされていた事業所名称をご記入ください。
- ※2 医療費のお知らせは「被保険者の現住所」へ記載されたご住所へ送付します。
- ※3 被保険者以外の方が申請するときは、☑を記入せず被保険者本人の確認書類(公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日、および住所の記載があるもの。例)マイナンバーカード、運転免許証等)の写しを添付ください。 (2026年6月)
- ※4 ご遺族が依頼される場合は、下記の添付書類をご用意ください。 受付日付印
- ご遺族の本人確認書類
公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日、および住所の記載があるもの。
- ご遺族と被保険者の関係確認書類
例)戸籍謄本(続柄の確認)等

令和 年 月 日 上記のとおり医療費のお知らせの交付を依頼します。

依頼書提出先 (郵送・窓口)	〒102-8017 東京都千代田区富士見1-12-8 TJKプラザ 東京都情報サービス産業健康保険組合 給付グループ宛 03-3239-9817 平日9:00~17:00 (祝日・年末年始を除く)
-------------------	---