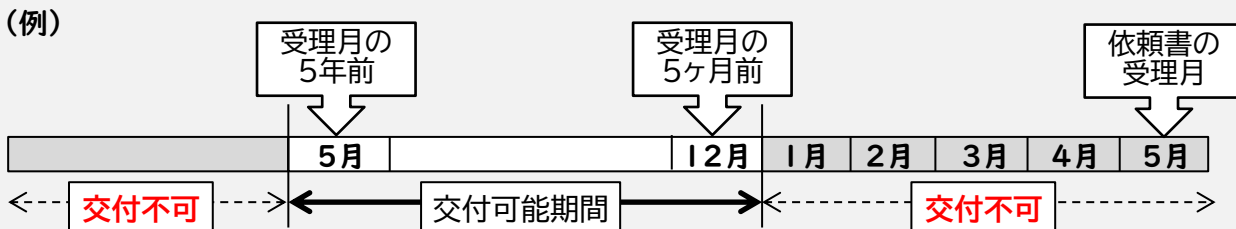


マネジャー	アシスタントマネジャー	チームリーダー	記入例

# 『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。



被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (※1)	記号 番号 XXX - 567	被保険者 氏名 (フリガナ) 情報 一郎
	被保険者 の現住所 (※2)	〒XXXX-XXXX 千代田区〇〇〇4-4-404	生年月日 昭平・令 XX年 XX月 XX日
	本人確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
被保険者の 現住所 (※2)	日中連絡のとれる電話番号 自宅 XX - XXX - XXX 携帯 XX - XXX - XXX		

交付依頼内容	交付対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 X 年 X 月診療分 から 令和 X 年 X 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。
  - 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 X 年 X 月 XX 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 <b>03-3239-9817</b> 平日9:00~17:00 (祝日・年末年始を除く)
-------------------	---