

令和3年10月～令和4年9月診療分印字

令和5年2月発送用

加入員専用・発送時期限定

## 『医療費のお知らせ』 申込書

■ 次の3点すべてに当てはまる方はこの申込書をご提出ください ■

- 令和5年1月末日現在、当組合の加入員である方 ※1
- 令和3年10月～令和4年9月に健康保険証を提示して診療を受けた方
- レセプト1件の医療費総額が50,000円を超えない方 ※2

※1 この申込書は加入員専用です。令和5年1月末日時点で資格を喪失している方はご使用いただけません。

※2 令和3年10月～令和4年9月の期間に1件でも医療費総額が50,000円を超えるものがあるときは（被保険者・被扶養者含む）自動発送の対象となるためこの申込書を提出する必要はありません。

◆レセプトとは？ 受診者ごと・診療年月ごと・医療機関ごと（同一医療機関でも入院通院別・医科歯科別）の医療費の明細書

被 保 険 者 情 報	健康保険証の 記号と番号	記号 番号 —	被保険者 氏名 生年月日	(フリガナ) 昭・平・令 年 月 日
	日中連絡のと れる電話番号	自宅 —	携帯 —	—

医療費のお知らせは当組合で登録のあるご住所へ送付します。送付先の変更はできません。

**申込期限：令和5年1月27日（金）必着**

お申込みは郵送のみ（お電話・FAXでのお申込みは受け付けておりません）

上記のとおり医療費のお知らせの送付を申込みます。

令和 年 月 日

(2022年9月)

受付日付印

申込書提出先  
(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9:00～18:00（祝日・年末年始を除く）



東京都情報サービス産業健康保険組合