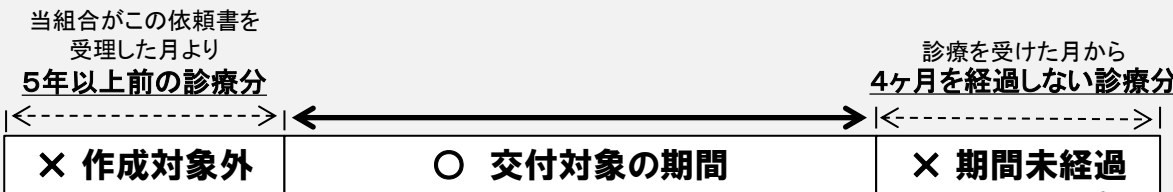


マネジャー	アシスタントマネジャー	チームリーダー	スタッフ

『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■

医療費のお知らせは「交付を希望する診療期間」に記入いただいた期間から以下の〔作成対象外〕、〔期間未経過〕を除いて交付します。



4ヶ月を経過しておらず交付されなかった診療月分の「医療費のお知らせ」の交付を希望するときは、4ヶ月経過後に追加で交付依頼書を提出してください。

被 保 険 者 情 報	健康保険証の 記号と番号 (※1)	記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)
				生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	被 保 険 者 の現住所(※2)	〒			日中連絡のとれる電話番号
	本人確認欄	<input 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				

交 付 依 頼 内 容	交付対象者	<input 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	平・令 年 月診療分 から 平・令 年 月診療分 まで
	使用目的	<input type="checkbox"/> 確定申告に使用するため <input type="checkbox"/> その他（_____）
	提出先	<input type="checkbox"/> （_____）税務署 <input type="checkbox"/> その他（_____）

- ※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健康保険証(写し)を添付ください。

受付日付印

上記のとおり医療費のお知らせの交付を依頼します。

令和 年 月 日

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)
-------------------	---

窓口でご提出いただいた場合はお預かりし作成でき次第、郵送での交付となります。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--