交付を希望	費のお知らせ  する診療期間」根	についてのご	·················· 注意■				
擦實のお知らせ) 当組合がこの 受理した <b>5年以上前</b>	:月より	<b>寮期間</b> 」に記入いた。	さいた期間からり	<u>4</u> ,	マタリン、【期間未済 診療を受けた ア <b>月を経過し</b> た	-月から <b>よい診療分</b>	交付します。
×作成	<u> </u>	〇 交付対	対象の期間		×期間未		
		ヶ月を経過しておらす を希望するときは、4					، د
被保険者等記号・番号			被 保 険 者 氏 名 生 年 月 日	(フリガナ) 昭 ・ 平	. ^	年 月	· · · · · ·
(※1) 被 保 険 者 の現住所(※2			±	<u>哈·干</u>			
本人確認機備		を作成したのは申詞	情者本人(被保险	(者) です	・ ※忘れずに☑ <b>を</b>	を記入ください	<b>\</b> *3
交 付 対 象 者	Ĭ	※「世帯全員・・ 具体的に氏名を記		も当組合の加	入員である方	・あった方に	限ります )
交付を希望する 診 療 期 間	Ⅰ 平・令	年月	診療分 から	平・令	年	月診療分	まで
吏 用 目 的		に使用するため					)
是 出 先	□ ( □ その他 (	•	税務署				)
	:し記号と番号が不明の :は「被保険者の現住所	f」へ記載されたご作		•		受付日	日付印

※2 医療費のお知らせは「被保険者の現住所」へ記載された

上記のとおり医療費のお知らせの交付を依頼します。

被

保 険

者

情

報

交

付

依 頼

内

容

令和 年 月  $\Box$ 

依頼書提出先 (郵送・窓口)

〒102-8017 東京都千代田区 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