

医療費のお知らせ発行依頼書

申請年月日

年 月 日

健康保険被保険者 記号・番号			
被保険者氏名		印	電話番号
送付先事業所 (任意継続の方は自宅住所)	〒 - (事業所名の場合、会社名・所属部署名をご記入ください)		
発行を希望する 診療期間(※)	年 月	～	年 月 診療分

※ 発行が可能な医療費通知は、「過去5ヵ年」～「依頼書を受付した月の2～3ヵ月前の受診分まで」となります。

「医療費のお知らせ」に未反映、また記載のない医療費を申告する場合は、医療機関等の領収書に基づき、修正・追加してください。

<送付先>

〒760-0033

高松市丸の内2番5号

四国電力健康保険組合 宛