

健康保険組合記入欄

| | |
|-------|----------|
| 発行年月日 | 和暦 年 月 日 |
| 特記事項 | |

受 付 日 付 印

| | | | |
|----|------|-----|---|
| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | | |

医療費通知発行依頼書

ファイザー健康保険組合宛

申込日:和暦 年 月 日

| | | | | | |
|----------|---|-----|------------|----------|--|
| 依頼事由 | 下記事由により医療費通知の文書発行を申し込みます。※□にチェックを付してください。 <input type="checkbox"/> 職場(共有を含む)および自宅にパソコンが無いため、Web閲覧ができない。 <input type="checkbox"/> 退職によりWebでの閲覧ができず、閲覧不可となった3ヶ月分の通知を希望する。 | | | | |
| | 氏名 | | 被保険者証の記号番号 | | |
| | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 和暦 年 月 日 | |
| | 事業所名称 | | | | |
| | 自宅住所 | | 〒 | | |
| 連絡先 | | - | | | |
| 発行依頼詳細 | 発行者区分 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人分のみ <input type="checkbox"/> 本人以外を含む世帯分 | | | | |
| | 診療年月 | | | | |
| | 和暦 年 月 ~ 年 月分 | | | | |
| 医療費通知送付先 | 医療費通知は原則的に職場(任意継続の方はご自宅)へお送りします。 職場(任意継続の方はご自宅)以外の場合のみ下記にお書き添えください。 | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | |
| 送り先の名称 | | | | | |