

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 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					