

## 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 R3年 11月 30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 checked="" 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。				
被保険者情報	氏名	健保 太郎		被保険者証の記号番号	200 - 1234567
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	和暦 S50 年 1月 23日	
	事業所名称	ファイザー株式会社			
	自宅住所	〒012-3456 ○○県○○市○○町1-2-3 フラテマンション456			
	連絡先	03-5309-9929			
発行依頼詳細	発行者区分				
	<input type="checkbox"/> 本人分のみ <input checked="" type="checkbox"/> 本人以外を含む世帯分				
	診療年月				
和暦 R2年 1月 ~ R2年 12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	〒012-3456 ○○県○○市○○町1-2-3 フラテマンション456			
	送り先の名称	健保 太郎			