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。 ☑ 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。 □ 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		被保険者等記号番号	700 ー 1234567
	性別	(男)・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 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3　フラテマンション456			
	連絡先	03ー5309ー9929			
発行依頼詳細	発行者区分				
	□✓本人分のみ　□ 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　〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3　フラテマンション456			
	送り先の名称	健保　太郎			