事務長	主任	係

医療費のお知らせ発行依頼書

下記の通り、「医療費のお知らせ」の発行を依頼します。

依頼日　令和　　年　　月　　日

申請者（被保険者）情報	被保険者証等 （左づめ） （保険証の記号･番号又はﾏｲﾅﾝﾊﾞｰどちらか記入）	記号　－　番号　－　枝番（任意） ＊上記　記号・番号等が分からない場合は、こちらにマイナンバーをご記入願います。**(FAX受付不可)**㊟ ㊟ マイナンバー記載の場合、紛失等の事故防止の為「配達状況を追跡･確認できる方法」をお選びのうえ**「郵送」**願います。	生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成
	被保険者氏名 （自書）	（フリガナ）	**この依頼については、①又は②の要件を満たしたものである。** ☐ **（必須）** **①申請者本人（被保険者）が作成したものである。** **②記載内容について、申請者本人が確認済みである。**
	現　住　所 （送付先）	（〒　　－　　）　都 道 府 県 電話番号（日中連絡先）　TEL　（　　）	

対象者	対象者 （1.2どちらかに〇）	1	世帯全員　☐扶養なし（本人のみ） ☐扶養あり（本人以外　　名）	2	個人：対象者名（　　） ※対象者ごと依頼書提出

目的	依頼目的 （1.2どちらかに〇）	1	確定申告（医療費控除）	2	その他（　　）

期間	発行を希望する診療期間	令和　　年　　月診療　～　令和　　年　　月診療

送付希望等	送付について （ＰＤＦ 又は 郵送のどちらかに☑・必須）	☐ **ＰＤＦでの送付を希望**　**（ＰＤＦでの送付は、ＡＷＩのメールアドレスをお持ちの方に限ります）** ・ Mail 〔　　〕 @ awi.co.jp ・ **勤務先・部署** 〔　　・　　〕 ☐ **郵送での送付を希望**　**（上記現住所以外へ郵送の場合、こちらへ送付希望先の住所をご記入下さい）** （〒　　－　　）　都 道 府 県 電話番号（日中連絡先）　TEL　（　　）

※健保使用欄　対象ﾚｾ件数計　　件　年　月　日発送

（注意事項）

① 医療費のお知らせ（医療費通知）は、医療機関から診療月の２ヶ月後に届く診療報酬明細書（レセプト）に基づき作成しておりますが、医療機関による請求の遅れや審査等の理由により、すべての受診状況について記載されていない場合があります。**発行時、当健康保険組合で確認できる医療費のみの記載**となります。

② 医療機関等での自己負担額は、１０円単位（１０円未満四捨五入）で計算されますが、医療費のお知らせは円単位で計算されるため、実際のご負担額と異なる場合があります。また、審査機関等により総医療費が減額された場合は、自己負担額も減額された状態で記載となります。
（※審査後の医療費に対する負担割合で計算されるため ）

③ 公費負担医療や、自治体からの各種医療費助成（乳幼児医療・特定疾患など）を受けている場合、システム上最終的な自己負担額が正しく反映されないことがあるため、領収証の金額と異なる場合がございます。

④ 保険証使用で「柔道整復師・針灸・マッサージ等」を受診された分については含まれておりませんので、受診時の領収証等にて対応願います。

受付日付印

※ ☐郵送　☐FAX　☐PDF

エア・ウォーター健康保険組合　（ TEL 011-212-2841 / FAX 011-231-1980 ）

（2024.12月）