

事務長	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 (左づめ)	記号 □ □ □ □	番号 □ □ □ □ □ □	枝番 □ □ □ □	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 □ □ □ □ □ □ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 (必須) 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 (どちらかに○印)	1 世帯全員 <input type="checkbox"/> 扶養なし(本人のみ) <input type="checkbox"/> 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 (どちらかに○印)	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
----	-----------------	-----------------------

※健保使用欄 対象件数 件
年 月 日 発送

送付希望先	送付希望先住所 ※上記現住所以外への送付をご希望される場合はこちらへ希望先住所をご記入下さい。	(〒 □ □ □ □ □ □)	都 道 府 県
	電話番号 (日中連絡先)	TEL () □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	

(注意事項)

- 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。
- 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)
- 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。
- 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