

関東百貨店健康保険組合加入者用

医療費のお知らせ発行依頼書 <随時発行用>

1. 発行期間

発行期間	平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 診療分まで
------	-------------------------

発行できる診療月は、最低3カ月後からとなります。また、6年前までが発行限度となります。

(例)令和7年7月診療分は令和7年10月以降の発行となります。

2. 発行希望申請者(被保険者又は被扶養者)

依頼者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日
				昭・平・令 年 月 日
	発行希望者氏名	加入者全員の一括発行を希望されない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> チェックし発行希望者氏名をご記入の上、希望者毎に依頼書をご提出ください。		
	住所(お届け先)	健保広報誌「けんぼだより」の配達住所と同じ場合は、右に <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)し住所記入を省略できます		
住所(お届け先)	〒 _____			
昼間時ご連絡先	TEL	—	—	

3. 医療費控除確定申告で希望される方はご注意ください!

<随時発行用>でご依頼いただく場合、毎年、確定申告時期(1月~3月)は依頼が多くなり、発行までにお時間を頂き、4月以降の発行となる場合がありますのでご了承ください。

医療費控除確定申告用としてご依頼される場合は、「医療費のお知らせ発行依頼書<医療費控除確定申告用>」をご利用ください。

4. 提出先および提出方法

●FAX 03-5688-7308 ※送信面をよくご確認ください!

●郵送 〒110-8639 東京都台東区東上野 1-13-14

関東百貨店健康保険組合 審査課宛

受付印(健保使用)