

# 医療費通知 発行依頼書

申請者等	被保険者証の 記号番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	依頼日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名 健保 花子	ご遺族の方が記入する場合、 記号、番号の記載は不要です。		年 〇〇 月 〇〇 日
	住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 □□市□□区□□丁目□□番□□号 □□マンション〇〇号室 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
医療費通知に記載する 被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> 任意代理人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族	<input type="checkbox"/> 遺族の法定代理人	<input type="checkbox"/> 遺族の任意代理人	

期間	発行を希望する 診療期間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	～	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
		※発行できる直近の診療月は依頼月の3か月前までとなります。		

※申請者の「住所」以外に送付する場合にご記入ください。

送付住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 □□市□□区□□丁目□□番□□号 □□マンション〇〇号室 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
	※宛名は申請者名に限ります

記載される者	※医療費通知に記載される者が申請者と異なる場合(記載される者以外の者が申請する場合)			
	氏名 健保 太郎	生年月日 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成		
	住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 □□市□□区□□丁目□□番□□号 □□マンション〇〇号室			

上記のとおり医療費通知の発行を申請します。

- 【添付書類】
- 本人が申請する場合：申請者等の本人確認書類(ただし被保険者が事業所経由で申請する場合は不要)  
公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日及び住所の記載があるもの  
例)・健康保険証のコピー ・運転免許証のコピー など
  - 代理人が申請する場合：代理人の本人確認書類+代理人であることを証明する書類(記入日前30日以内に作成されたもの)  
法定代理人：法定代理関係を確認できる書類  
任意代理人：委任をした申請者等の署名・押印のある医療費通知の発行に関する委任状と押印された印の印鑑登録証明書
  - ご遺族が申請する場合：ご遺族の本人確認書類+ご遺族と加入者の関係確認書類  
医療費通知に記載される者が亡くなられたことが確認できること及び加入者の遺族であることが確認できるもの  
例)・戸籍謄本(又は抄本) ・住民票(除票) ・死亡診断書のコピー

## 健康保険組合処理欄

発行年月日	令和 年 月 日		
常務理事	事務長	係	

受付	処理