「医療費のお知らせ」発行依頼書

依頼者情報	被保険者証の	記号	番号		
	被保険者氏名			生年月日	昭・平 年　月　日
	送付先住所	〒			
	電話番号 （日中の連絡先）				

添付書類	≪依頼者情報・送付先住所確認のため必ず次のいずれか1点を添付してください。≫ 添付した書類に☑を入れてください ☐　運転免許証のコピー（有効期限内に限る。氏名又は住所を変更された場合は両面とも必要） ☐　マイナンバーカード表面（顔写真の面）のコピー　※裏面（マイナンバー）はコピーしないでください ☐　パスポート（顔写真の面及び住所の面）のコピー ※上記のいずれも添付できない場合は、公共料金の領収書のコピー（電気・都市ガス・水道・電話NHKのいずれか。本人名義のもの・住所記載のあるもの）を2点添付してください。

発行を希望する診療期間
年　～　年

※上記太枠内、必ずご記入ください。

＜申請における留意事項＞

注1.記載できる診療月は原則受診月を3か月経過してからとなります。（医療機関等の事情で遅れる場合あり）確定申告に使用する場合は、当年1月から10月分までの期間に受診した医療費についてご依頼いただき、11月から12月分については領収書を基に手続きされることをお勧めします。

依頼する診療期間	医療費のお知らせを発行できる日（予定）
当年10月分まで	翌年1月中旬以降
当年11月分まで	翌年2月中旬以降
当年12月分まで	翌年3月中旬以降

また、申告手続きや医療費控除の明細書の記入方法等については、国税庁ホームページや最寄りの税務署へお問い合わせください。

注2.発行は年単位になります（1月～12月診療分）
依頼できるのは申請する年を含め5年間です。（例：2021年1月に依頼の場合　2017年分以降）

注3.世帯全員分（電子健保加入者のみ）が記載されます。申請できるのは被保険者のみです。
ご家族の同意を取り申請してください。

注4.申請には添付書類が必要です。上記の添付可能な書類を確認してください。

〇ご不明な点は、東京電子機械工業健康保険組合　医療課2係（03-3843-1457）までお問い合わせください。

郵送先
〒111-8530　東京都台東区雷門1-13-8
東京電子機械工業健康保険組合　医療課2係　宛

個人情報の取扱いについて
この情報は「医療費のお知らせ」の送付のために使用します。本人に無断で第三者に提供することはいたしません。