

「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	年 月 日
	送付先住所	〒 ー			
	電話番号 (日中の連絡先)				
	利用目的	該当するものに☑を入れてください			

医療費控除で使用するため
 各種手続き等に使用するため(手続きの内容:)
 その他()

添付書類 添付した書類に☑を入れてください
 ≪依頼者情報・送付先住所確認のため次のいずれか1点を添付してください。≫
 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)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。

注)発行できる直近の診療月は原則依頼書を受付けた月の3か月前までとなります。

注)発行は年単位になります(1月~12月診療分)

依頼できるのは当年を含め5年間です。(例:2019年1月に依頼の場合 2015年分以降)

注)世帯全員分(電子健保加入者のみ)が記載されます。ご家族の同意をとってください。

○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。