医療費のお知らせ発行依頼書

次のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者【申請者】	記号-番号					―				
	氏名					生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日			
	住所 医療費通知送付先 当組合の登録住所と異なる場合、お勤め先へ確認致します	〒　　－								
	電話番号	―　　―								
交付を必要とする診療期間		令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月分								
対象者		☐ 加入者全員 ☐ 被保険者のみ　　☐ 被扶養者（氏名：　　）								
交付を必要とする理由		☐ 医療費控除に必要なため ☐ その他（　　）								
受取人が被保険者以外の場合記入		本申請に基づく通知書に関する受領を以下の代理人に委任します。 ☐ 事業所担当者								
		代理人 氏 名				被保険者 との続柄				
		住所								
		電話番号　　―　　―								

仙台卸商健康保険組合 行き

460 円分の切手（送料 110 円+簡易書留 350 円）を
添えて申請してください。