

医療費のお知らせ依頼書

依頼者情報	被保険者証	記号 □ □	番号 □ □ □ □ □ □	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	□ □	□ □	□ □
	氏名	(フリガナ) _____					
	住所	(〒	-)	都道	府県	
	電話番号	TEL	()			
依頼目的							

期間	発行を希望する診療期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
----	-------------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

送付希望先	住所	(〒	-)	都道	府県
	電話番号	TEL	()		
	宛名					

被保険者	事業所名					
------	------	--	--	--	--	--

同意書	医療費控除の明細として使用する等の理由で、依頼者以外の「医療費のお知らせ」も発行を希望される場合、下記の同意書に希望されるご家族の氏名を、希望されるご家族ごとに自署でご記入ください。 (ただし、未成年のご家族分については、代筆可能です。)						
	私は、依頼者が「医療費のお知らせ」の発行依頼にかかる一切の手続きを行うことに同意します。						
	氏名 (自署)		氏名 (自署)				
	氏名 (自署)		氏名 (自署)				
	氏名 (自署)		氏名 (自署)				

常務理事	業務課長	主任	担当者

受付日付印