

専務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	処理者

**医療費のお知らせ 交付申請書
(医療費控除用)**

- 交付は年度1回限りとさせていただきます

被保険者記入欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	生年月日	
				<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名・印	(フリガナ) (印) <input type="checkbox"/> 自署 <small>自署の場合は押印を省略できます。 自署の場合□にレマークを記入してください。</small>			
	住 所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 TEL () <input type="checkbox"/> 会社			
添付書類	次のいずれかをチェックの上、ご提出ください。 <input type="checkbox"/> 運転免許証(写) ※裏書にて住所変更されている場合には裏面も提出 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(写)+住民票(写可) 申請書記入住所が添付書類記載住所と一致しているか確認させていただきます。				

年度記入欄	令和 _____ 年分		
	交付を希望する 診療年度	<small>※ 保険証を使用して受けた医療費等は、医療機関から審査機関を経て、診療月の2~3ヶ月後に健保組合に請求されます。申請時期によっては1~2月診療分までのお知らせをすることが出来ませんので予めご了承ください。(1~2月診療分は3月中旬以降に交付可能となります。) その場合、直近の医療費についてはご自身で領収書等により申告する必要がありますのでご注意ください。</small>	

被扶養者同意欄	被保険者以外の「医療費のお知らせ」も発行を希望される場合、 下記の同意欄に希望される被扶養者の氏名を、それぞれ自署でご記入ください。 ただし、未成年の被扶養者分については、代筆可能です。 ※対象の方は、被保険者証の記号番号が同じ方に限ります。		
	私は、被保険者が「医療費のお知らせ」の交付申請に係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)	

- ◆ e-Taxを利用した電子申告には対応していません。ご了承ください。
- ◆ 「医療費のお知らせ」は申請書記入住所に普通郵便にて送付いたします。
- ◆ 医療費控除の申告に関することは、お住まいの住所地を管轄する税務署にお問い合わせください。

健保記入欄 令和 年 月 ~ 月 診療分 枚