

専務理事	常務理事	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回限りさせていただきます

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 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	(フリガナ) _____			
	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) ※裏書にて氏名・住所変更をされている場合には裏面も提出 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写) ※表面のみ <input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書(写)+住民票(発行日から3ヶ月以内・複写可) 申請書記入内容が添付書類記載内容と一致しているか確認させていただきます。			

年 度 記 入 欄	交付を希望する 診療年度	令和 年分	
	※ 保険診療で受けた医療費等は、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12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。(12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。		

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、被保険者等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。
- ◆ 医療機関等が発行した領収書は必ず保管するようにしてください。

健保記入欄	令和	年	月	～	月	診療分	枚
-------	----	---	---	---	---	-----	---