

| | | |
|--------|---|-----|
| 健康保険組合 | | |
| 長 | 長 | 担当者 |
| | | |

医療費のお知らせ(医療費控除)発行願

1. 被保険者記入欄

| | | | |
|------|---|--------|--|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | 印 | 被保険者番号 | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | | | |

2. 発行書類


『令和1年 年間医療費のお知らせ』

※医療費のお知らせに反映できない月分については、領収書に基づき明細書の作成が必要となります。

| 健康保険組合 | | |
|--------|---|-----|
| 長 | 長 | 担当者 |
| | | |

医療費のお知らせ(医療費控除)発行願

1. 被保険者記入欄

| | | | | |
|------|-----------------------------|---|--------|---------|
| フリガナ | ケンポ タロウ | | | |
| 氏名 | 健保 太郎 |  | 被保険者番号 | 1234567 |
| 現住所 | 〒530-6691 大阪市北区中之島6-2-27 | | | |
| 連絡先 | 06-6445-7367 | | | |

2. 発行書類

『令和 1年 年間医療費のお知らせ』

※医療費のお知らせに反映できない月分については、領収書に基づき明細書の作成が必要となります。