

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

『 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。

平成29年分以降で発行希望年を記入ください。

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

『平成30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。

平成29年分以降で発行希望年を記入ください。