

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

勤務先 (所属名)			
フリガナ		被保険者 番号	
氏名	印		
現住所			
連絡先	【外線】		【内線】
その他			

2. 発行書類

『令和2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。

3. その他

原則、勤務先に送付します。

休職中等により勤務先以外の送付先を希望される場合は、その他欄に記載をお願いします。

以上

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

勤務先 (所属名)	関西電力株式会社 ○○電力本部 ○○グループ		
フリガナ	ケンポ タロウ		
氏名	健保 太郎	被保険者 番号	6148-1234567
現住所	〒530-6691 大阪市北区中之島6-2-27		
連絡先	【外線】090-1234-5678		【内線】○○-○○○○
その他			

2. 発行書類

『令和2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。

3. その他

原則、勤務先に送付します。

休職中等により勤務先以外の送付先を希望される場合は、その他欄に記載をお願いします。

以上