「医療費のお知らせ」を利用せずに確定申告（医療費控除）をすることも可能です。
※医療費通知情報（マイナポータル）・・・マイナンバーカードをお持ちの方は、マイナポータルにて健康保険証利用の登録を行うことにより、
マイナポータルを通じて医療費通知情報を確認でき、確定申告（医療費控除）することができます。詳細はマイナポータルでご確認ください。

健康保険「医療費のお知らせ」発行依頼書

記入日	年　月　日

依頼者情報	記号番号	記号	番号	氏名	フリガナ
	会社名			日中の連絡先	TEL　（　）
	送付先（※）	〒　－			

※ 被保険者の（組合登録）住所以外には郵送いたしません。退職等で、送付先の住所、氏名が異なる場合は在籍時の住所、氏名も記入してください。

加入当時の情報	氏名　住所　〒　—

発行を希望する診療期間	※ 毎月15日までの受付（紙）を受付月の末頃までに郵送いたします。 （例）1月15日まで受付 → 前年の10月診療分まで発行可能 令和　年　月　～　令和　年　月 診療分まで

同意欄	ご家族（被扶養者）分の発行を希望される場合は、その方の同意が必要です。以下の記入欄に、ご家族ごとに氏名を自署でご記入ください。 ただし、未成年の方については、親権者による代筆が可能です。			
	私は、依頼者が「医療費のお知らせ」の発行依頼にかかる手続きを行うことに同意します。 また、特定の診療科も含め、すべての診療科の情報が記載されることに同意します。			
	氏名（自署）	フリガナ	氏名（自署）	フリガナ
	氏名（自署）	フリガナ	氏名（自署）	フリガナ
	氏名（自署）	フリガナ	氏名（自署）	フリガナ

◎ **発行の対象となるご家族は、依頼者情報に記載された記号・番号と同じ方に限ります。**
◎ **発行可能月・11月診療分まで→翌年2月15日以降に発行可能　・12月診療分まで→翌年3月15日以降に発行可能**
◎ ※「医療費のお知らせ」（紙）につきましては、原則**「簡易書留」**での郵送となります。
【発行依頼書送付先】 〒171-0022 東京都豊島区南池袋１－１０－１３ 荒井ビル２階　パレット健康保険組合 推進Ｉグループ 宛
FAXの場合番号：03-3987-4498　※送信後到着確認の連絡をお願いします。TEL03-3984-7171→3

※ 被保険者（本人）死亡によるご遺族からの依頼の場合、確認事項や添付して頂く書類が必要となりますので当組合までご連絡ください。

受付日付印

郵送日　年　月　日