

医療費通知発行依頼書

下記のとおり医療費通知の発行をお願いいたします。

申請日 年 月 日

被保険者	記号			番号				会社名	氏名	
送付先住所 ※被保険者の住所以外には郵送できません。										
〒 -										
電話番号 ()										
発行対象者	氏名			生年月日			続柄			
				昭和 平成 令和	年	月	日	本人・配偶者・その他 ()		
				昭和 平成 令和	年	月	日	本人・配偶者・その他 ()		
				昭和 平成 令和	年	月	日	本人・配偶者・その他 ()		
診療期間	発行日をご確認のうえ、希望する診療期間をご記入ください。 (診療月の3ヵ月後の15日以降に発行ができるようになります。)									
	令和 年 月診療分から 令和 年 月診療分まで (使用目的) _____									
※確定申告にご使用の場合 直近の医療費につきましては、ご自身で医療機関発行の領収書をもとに申告する必要があります。										
発行日 10月診療分まで 翌年1月15日以降に発行 11月診療分まで 翌年2月15日以降に発行 12月診療分まで 翌年3月15日以降に発行 発行可能日以前に受付したものは、発行が可能になりましたらお送りいたします。										

【発行依頼書送付先】パレット健康保険組合 TEL : 03-3984-7171

以下いずれかの方法でお送りください。

<郵送> 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 1-10-13 荒井ビル 2階

<FAX> FAX 番号 : 03-3987-4498 (原本の送付は必要ありません。)

--	--	--	--

