

医療費のお知らせ依頼書

記入漏れや誤りが多いところ
(特にご注意ください)

1 依頼者情報

記号・番号(※)	記号(左づめ) 1 1 0 1 0 2 0 3	番号(左づめ) 1 2 3 4 5 6	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 4 9 0 5 2 4
氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		
住所	(〒 105 - 0000) 東京 港区〇〇1-1		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (××××) ×××× △△マンション101		

① 記号・番号は「資格情報のお知らせ」や「マイナポータル」からご確認ください。

※ 依頼できる方は、被保険者、被扶養者、ご遺族です。
なお、依頼者がご遺族の場合は、発行対象者の記号・番号をご記入ください。発行対象者の氏名、生年月日は2ページ目にご記入ください。

期間

発行を希望する診療期間

発行できる診療月は、依頼書を受付した月の5年前から3か月前までになります。
(例) 1月に受付→前年の10月診療分まで発行可能

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

2 送付希望先

上記、依頼者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。

住所	(〒 102 - 0000) 東京 千代田区△△1-1		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (□□□□) □□□□		
宛先(宛名)	〇〇病院 301号室 健保 太郎		宛名には「依頼者情報」の氏名に記入された方をご記入ください。

② 自宅で受け取りができない場合などにご記入ください。

3 被保険者情報

記号・番号が不明な場合は、診療期間中に被保険者がお勤めの事業所名・勤務期間をご記入ください。

事業所名	勤務期間
------	------

③ 記号・番号が不明な場合は必ずご記入ください。

(※) ご遺族からの依頼の場合は、発行対象者の記号・番号をご記入ください。

(注) ご家族(被扶養者)分の発行を希望される場合や、ご遺族からの依頼の場合は、2ページ目も併せてご提出ください。

受付日付印

医療費のお知らせ依頼書

4

ご家族（被扶養者）の分も併せて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。

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。

5

同意欄

私は、依頼者が「医療費のお知らせ」の発行依頼にかかる一切の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）

健保 花子

氏名（自署）

氏名（自署）

健保 健太

氏名（自署）

氏名（自署）

氏名（自署）

④ 依頼者と併せて、発行を希望されるご家族（被扶養者）が7名以上おり、同意欄に書ききれない場合は、その方の氏名を備考欄に自署でご記入ください。

⑤ 同意いただけない場合は、ご家族（被扶養者）本人から個別にご依頼ください。

遺族記入欄

ご遺族が依頼される場合にご記入ください。

発行対象者の生前の意思や名誉との関係で、問題が生じるおそれがあると判断された場合は発行できません。

発行対象者の氏名
(亡くなられた方)

(フリガナ)

生年月日 年 月 日

 昭和
 平成
 令和

備考欄

ご遺族が依頼される場合は、添付書類をご用意ください

● ご遺族の本人確認書類

公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日及び住所の記載があるもの。例) マイナンバーカード、運転免許証等

郵送で依頼される場合は、本人確認書類のコピーのほかに、30日以内に交付された住民票の写し（コピー不可）を添付してください。

● ご遺族と発行対象者の関係確認書類

発行対象者が亡くなられたことが確認できるもの及び遺族である続柄が確認できるもの。

例) 戸籍謄本（続柄の確認）、死亡診断書のコピー（死亡の事実確認）等