

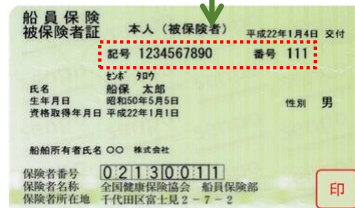
船員保険 医療費のお知らせ依頼書

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

被保険者証の (左づめ)	記号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 1 1	番号 1 1 1	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 0 0 5 0 5
氏名 (フリガナ) センボ タロウ	船保 太郎		
住所	(〒 105 - 0000)	東京 都 府 道 県	港区〇〇1-1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (××××) ××××	△△マンション101	
依頼目的	医療費控除の明細として使用するため。		

1 記号・番号は被保険者および被扶養者の被保険者証に記載されていません。



依頼できる方は、被保険者、被扶養者本人またはご遺族です。
なお、遺族の場合は、氏名、住所、電話番号のみ、ご遺族のものをご記入ください。
また、住所欄は、ご遺族が提示または提出した書類等に記載された現住所を記入し、地番、アパート名等まで記入してください。

2 期間

発行を希望する診療期間
 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
 令和 令和

2 発行できる直近の診療月は、依頼書を受付けた月の3か月前までとなります。

3 送付希望先

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

住所	(〒 102 - 0000)	東京 都 府 道 県	千代田区△△1-1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (□□□□) □□□□		
宛名	船保 太郎	宛名は「依頼者名」に限ります。	

3 自宅で受け取りができない場合などにご記入ください。

4 被保険者

被保険者証の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船船所有者名・勤務期間をご記入ください。

船船所有者名	勤務期間
--------	------

4 被保険者証の記号番号が不明な場合は必ずご記入ください。

受付日付印

船員保険 医療費のお知らせ依頼書

5

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。
ご家族ごとに自署でご記入ください。
ただし、未成年の方については、依頼者による代筆が可能です。

発行の対象となるご家族は、被保険者証の記号番号が依頼者情報に記載された記号番号と同じ方に限ります。

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。

同意欄

氏名（自署）

船保 花子

氏名（自署）

氏名（自署）

船保 健太

氏名（自署）

氏名（自署）

氏名（自署）

6

特定の診療科も含め、すべての診療科の情報を記載した「医療費のお知らせ」の発行を希望します。

5 同意欄に書ききれない場合は、備考欄に自署してください。

6 医療費のお知らせは、プライバシーに配慮し、特定の診療科を有する医療機関で受診した場合などは記載していないことがあります。医療費控除の明細書に使用するなど、すべての診療科の情報の記載を希望する場合は、してください。

遺族記入欄

ご遺族が依頼される場合にご記入ください。

発行対象者の氏名

(フリガナ)

生年月日 年 月 日

昭和
 平成
 令和

--	--	--	--	--	--

7

医療費のお知らせを発行することは、対象者の生前の意思や名誉との関係で問題ありませんか。

はい いいえ

7 医療費のお知らせを発行することは、発行対象者の生前の意思や名誉との関係で問題がないことを確認してください。

備考欄

ご遺族の依頼の場合は、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、運転免許証のコピー等

● ご遺族と加入者の関係確認書類

加入者が亡くなされたことが確認できること及び加入者の遺族であることが確認できるもの。

(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

例) ・戸籍謄本(又は抄本) ・住民票(除票) ・死亡診断書のコピー