

船員保険 医療費のお知らせ依頼書

1

2

ページ

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、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）

氏名（自署）

氏名（自署）

氏名（自署）

氏名（自署）

氏名（自署）

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。

ご遺族が依頼される場合にご記入ください。

遺族記入欄

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

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

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

備考欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部