

医療費のお知らせ依頼書

医療費控除の明細として使用する等の理由で、依頼者以外の「医療費のお知らせ」も発行を希望される場合、
下記の同意欄に希望されるご家族の氏名を、希望されるご家族ごとに自署でご記入ください。
ただし、未成年のご家族分については、代筆可能です。

対象の方は、被保険者証の記号番号が依頼者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

（フリガナ）

発行が必要な方の
氏名

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