

医療費のお知らせ依頼書

依頼者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□□□□□	番号 □□□□□□□□	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	□□□□□□
	氏名・印	(フリガナ)		印	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 —)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
依頼目的					

期間	発行を希望する診療期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 令和
※発行できる直近の診療月は、依頼書を受付した月の3か月前までになります。 (例) 令和2年1月受付→令和元年10月診療分まで発行可能				

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。					
送付希望先	住所	(〒 —)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
	宛名	宛名は「依頼者名」に限ります。			

被保険者	被保険者証の記号番号が不明な場合は、必ず発行を希望する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

受付日付印

※2ページ目もあわせてご提出ください。

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）

（フリガナ）

氏名（自署）

（フリガナ）

氏名（自署）

（フリガナ）

氏名（自署）

（フリガナ）

氏名（自署）

（フリガナ）

氏名（自署）

（フリガナ）

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。

遺族記入欄

ご遺族が依頼される場合にご記入ください。

発行が必要な方の
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