

医療費のお知らせ依頼書

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）

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