

医療費のお知らせ依頼書

依頼者情報	記号・番号(※)	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日(※)	年	月	日
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 —) 都 道 府 県					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

期間	発行を希望する診療期間	発行できる診療月は、依頼書を受付した月の5年前から3か月前までになります。 (例) 1月に受付→前年の10月診療分まで発行可能						
		令和	年	月	日	～	令和	年

送付希望先	上記、依頼者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	(〒 —) 都 道 府 県					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
	宛先(宛名)	宛名は「依頼者情報」の氏名に記入された方をご記入ください。					

被保険者情報	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事業所名・勤務期間をご記入ください。			
	事業所名			勤務期間

(※) ご遺族からの依頼の場合は、被保険者の記号・番号及び生年月日をご記入ください。

(注) ご家族(被扶養者)分の発行を希望される場合や、ご遺族からの依頼の場合は、2ページ目も併せてご提出ください。

受付日付印

医療費のお知らせ依頼書

1

2

ページ

同意欄	ご家族（被扶養者）分も発行を希望される場合は、その方の同意が必要です。 以下の記入欄に、ご家族ごとに氏名を自署でご記入ください。 ただし、未成年の方については、親権者による代筆が可能です。			
	発行の対象となるご家族は、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手続きを行うことに同意します。 また、特定の診療科も含め、すべての診療科の情報が記載されることに同意します。			
	氏名（自署）		氏名（自署）	
	氏名（自署）		氏名（自署）	
	氏名（自署）		氏名（自署）	

遺族記入欄	ご遺族が依頼される場合にご記入ください。									
	発行対象者の生前の意思や名誉との関係で、問題が生じるおそれがあると判断された場合は発行できません。									
	発行対象者の氏名 (亡くなられた方)	(フリガナ)	生年月日	年 月 日						
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

備考欄	
-----	--