|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 欄 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|  |  |  |

**『医療費のお知らせ』発行申請書**

□資格喪失　（退職・任意継続脱退等）

□再発行等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等  記号番号 |  |  |  | - |  |  |  |  |  | 事業所の  名称 | | □資格喪失  □任意継続 | |
| 被保険者 | 氏名 | | |  | | | | | | | 生年月日 | | 昭・平　 年　　　　　月　　　　日 |
| 被保険者の住所  及び  日中連絡の取れる  電話番号 | 〒　　　　　　　-  TEL | | | | | | | | | | | | |
| 発行を希望する診療年月 | 年　　　　　　　　月　　　　～　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | □確定申告の医療費控除申請に使用するため  □上記以外の理由　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| お知らせの送付先 | 1. 被保険者の住所 2. その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　　　　　　）　）   **※送付は国内住所宛又は三井物産社内便アドレスコード宛のみとなりますので予めご了承ください。** | | | | | | | | | | | | |
| 上記2.　の場合の  住所 | 〒　　　　　　-  TEL | | | | | | | | | | | | |

三井物産健康保険組合　理事長　殿

上記のとおり『医療費のお知らせ』の発行を申請します。

受　付　印

◆この申請書は、①ご退職や任意継続脱退などの理由により、既に健康保険の資格を喪失している方が

『医療費のお知らせ』の発行を希望するとき（※）、または、②①以外の方で、過去分の『医療費のお知らせ』の

（再）発行を希望するときに健康保険組合に提出してください。

※『医療費のお知らせ』は、毎年2月初旬に、前年1月から12月に当組合が受け付けた医療費を対象に作成し、

配布します。よって、前年より2月まで継続して資格をお持ちの方は提出の必要はありません。

◆申請書は、健康保険組合に直接ご提出ください。

◆送付先に○を付けてください。2.を選択した場合には、「上記2.の場合の住所」欄に送付先の住所と電話番号をご記入ください。