

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	<input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 確定申告の医療費控除申請に使用するため <input type="checkbox"/> 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。