

「医療費のお知らせ」発行申請書

大同生命健康保険組合 御中

申請日	2020 年 5 月 1 日
-----	----------------

太枠内記入

申請理由	次の理由により、紙の「医療費のお知らせ」の発行を申請します（該当する理由に「○」印）。											
	(○) Web環境がなく、「医療費のお知らせ」を閲覧できない。 ※大同生命の内務職員は、会社のパソコンから閲覧可能なため、原則、申請の対象外です。											
	() 任意継続被保険者となり、Web環境がなく閲覧できない。 () その他 _____											
被保険者情報	記号・番号 (左づめ)	1	-	1	2	3	4	5	(フリガナ) 氏 名	ダイドウ タロウ 大同 太郎		
	生年月日	S	H・R					会社名・所属 ※任意継続被保険者は記入不要	大同生命保険株式会社 ○○○○ 支社			
	送付先住所	〒 -							TEL	会社名、所属（部・課名、支社名）を記入		
	※任意継続被保険者のみ記入											
発行期間	過去分の発行を申請する場合のみ、以下を記入。											
	2020年 1月 受診分 ~ 2020年 3月 受診分											

(注意事項)

- ・ 申請書を健保組合で受付した時点で、最新分の「医療費のお知らせ」より発行を開始します。
- ・ 医療費は原則受診した月の3ヵ月後の「医療費のお知らせ」に掲載されます。
- ・ 「医療費のお知らせ」は確定申告のための領収書にかわるものではありませんのでご注意ください。
- ・ 紙の「医療費のお知らせ」の発行が不要になった場合は、必ず健保組合までご連絡ください。

(連絡先)

大同生命健康保険組合
 住所：〒550-0002 大阪府大阪市西区江戸堀1-2-1
 電話：06-6447-6241

健康保険組合処理欄	
処理年月日	
検印	担当

~~~~~  
 受付日付印