

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 『医療費のお知らせ』交付申請書

被保険者	被保険者等 記号・番号	—	氏名		
			生年月日	昭和・平成	年 月 日
対象者 (交付希望者)	氏名		被保険者との続柄		
	氏名		被保険者との続柄		
	氏名		被保険者との続柄		
	氏名		被保険者との続柄		
	氏名		被保険者との続柄		
送付先住所	〒 — 日中連絡先TEL ( )				
記載する 診療年月の範囲	平成 年 月 診療分 ~ 平成 年 月 診療分 直近の診療月は、申請書を受付した月の3カ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です。				
交付申請理由 (該当する番号を○で 囲んでください。)	(1)医療費・通院日数等をチェックするため。 (2)確定申告(医療費控除)のため。 (3)その他( )				

申請日；令和 年 月 日

※注意④をご確認ください。

東京ニットファッション健康保険組合 様

<申請書送付先>

〒103-0004

東京都中央区東日本橋1-5-13

東京ニットファッション健康保険組合 審査課

TEL 03-3861-7294

### 【交付申請される方へ】 ※必ずお読みください。

注意①『医療費のお知らせ』を希望される方は、都度、当組合へ交付申請書をご提出ください。

注意② 対象者が複数人いる場合は、各々に対し交付し、送付先住所へ一括送付いたします。

注意③ 医療機関等から当組合への請求状況により、データが記載されない場合がありますのでご了承ください。

注意④ 原則、申請書を受付した月の3ヶ月前までのデータ出力となりますのでご了承ください。

例1)前年分を1月に受付した場合 → 前年1月受診分～前年10月受診分が反映されます。

例2)前年分を3月に受付した場合 → 前年1月受診分～前年12月受診分が反映されます。

注意⑤ 医療機関等が発行した領収書は必ず保管するようにしてください。