医療費のお知らせ作成依頼書

|  |
| --- |
|  |
| **○組合員情報等** |  |  |
| 組合員 | 被保険者証記号・番号 |  |  | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　所 | 〒　　　　　－ |
| 電話番号 | 　（　　　　　　）　　　　　－　　　　 　 | 1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他（　　　　　　　） |
| 依 頼 年 月 日 | 令和 　　　年　　　月　　　日 | 事業所名 |  |
| 依 頼 者 区 分 | 該当する数字を○（マル）で囲んでください。 |
| 1　組合員　 次の「依頼者情報」欄は記入不要です。2　組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が依頼される場合）

|  |
| --- |
| 次の「依頼者情報」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写し等）を添付してください。ただし、依頼される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、当該組合員の世帯に属する被保険者であった場合は添付不要です。 |

 |
| 依 頼 理 由 | 該当する数字を○（マル）で囲んでください。 |
| 1 「医療費のお知らせ」作成日時点で脱退していたため2 「医療費のお知らせ」が未着のため3 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **○依頼者情報** |  |  |  |  |
| 依 頼 者

|  |
| --- |
| 組合員が依頼者の場合は、記入不要です。 |

 | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 組合員との続柄 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　　－　　　　 　 | 1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他（　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| **○送付希望住所／発行希望期間** |
| 送付を希望する住所 | 該当する数字を○（マル）で囲んでください。 |
| 1　組合員の住所2　依頼者の住所3　その他の住所　　〒　　　　　－宛　名 |
| 発行を希望する期間 | 平成 ・ 令和　　　　　　年11月診療分　から　翌年10月診療分（10月施術分）　 （９月施術分） |
| * 発行対象期間は１年間分となります。
 |

|  |
| --- |
| **○依頼書送付先及びお問い合わせ先** |
| 名　称 | 所　在　地 | 電 話 番 号 |
| 全国土木建築国民健康保険組合 | 〒102-0093東京都千代田区平河町1-5-9　厚生会館 | 03(5210)4384 |