

# 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	Ⓜ 署名される場合又はご遺族が申請される場合は押印不要です。
	住 所	〒                      ー		
	電話番号	(                      )                      ー	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 (                      )	
依 頼 年 月 日	平成                      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	〒                      ー			
	電話番号	(                      )                      ー	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	〒                      ー	苑 名		
発行を希望する期間	平成                      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 給付事務センター	〒102-8532 東京都千代田区麹町3の2(麹町共同ビル内)	03(5210)4384