

## 医療費のお知らせ作成依頼書

### ○組合員情報等

|             |                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                         |     |          |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|-----|----------|
| 組<br>合<br>員 | 被保険者証<br>記号・番号                                                                                                                                                                                                                                 | 71-1505                        | 1205                    | 氏 名 | 松山 さくら 紗 |
|             | 住 所                                                                                                                                                                                                                                            | 〒 102 - 1201<br>東京都江東区亀戸 5-1-2 |                         |     |          |
|             | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                           | ( 03 ) 2345 - 6789             | ① 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( ) |     |          |
| 依頼年月日       | 平成 ^^ 年 ^^ 月 ^^ 日                                                                                                                                                                                                                              | 事業所名                           | 八重洲建設株式会社               |     |          |
| 依頼者区分       | 該当する数字を○(マル)で囲んでください。<br>① 組合員 <small>次の「依頼者情報」欄は記入不要です。</small><br>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)<br><small>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。</small> |                                |                         |     |          |
| 依頼理由        | 該当する数字を○(マル)で囲んでください。<br>① 「医療費のお知らせ」作成日時点で既退していたため<br>② 「医療費のお知らせ」が未着のため<br>③ その他 ( )                                                                                                                                                         |                                |                         |     |          |

申請者が組合員である場合は「1 組合員」を、組合員が亡くなられて遺族の方が申請する場合は「2 組合員の遺族の方」をそれぞれ○で囲んでください。

組合員本人が署名又はご遺族が申請する場合は、押印は不要です。

日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」~「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。

### ○依頼者情報

|             |      |       |                         |
|-------------|------|-------|-------------------------|
| 依<br>頼<br>者 | 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 ( ) |

上の「依頼者区分」で「2」を選択された場合(組合員の遺族の方が申請される場合)にのみ記入してください。

### ○送付希望住所/発行希望期間

|                                           |                                                         |     |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----|
| 送<br>付<br>を<br>希<br>望<br>す<br>る<br>住<br>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 △△ 年 11 月 診療分 から 翌年 10 月 診療分<br>(10 月 施術分) (9 月 施術分) |     |
| <small>※ 発行対象期間は1年間分となります。</small>        |                                                         |     |

「3」を選択した場合には、住所を正確に記入するとともに、「宛名」(「〇〇様方□□□□あて」など)を必ず記入してください。

### ○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<br>給付事務センター | 〒102-8532<br>東京都千代田区麹町3の2(麹町共同ビル内) | 03(5210)4384 |