

常務理事	事務長	担当者

健康保険 医療費のお知らせ 発行申請書

被保険者等 記号 番号 記号 番号	適用事業所名称		
被保険者氏名	被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日		
発行を希望する対象者 (必要とする番号に○印を付けてください)	1. 被保険者分・被扶養者分の全部 2. 被保険者分のみ 3. 下記の被扶養者分のみ		
該当する被扶養者を記入してください	被扶養者氏名	生年月日	続柄
発行希望対象診療年月 (必要とする番号に○印を付けてください)	1. 昨年の1月診療分から12月診療分まで 2. 年 月診療分から 年 月診療分まで		
発行申請の事由	1. 確定申告に使用するため 2. その他 ()		
医療費のお知らせ送付先住所	1. 登録住所地 2. その他 ()		

上記のとおり健康保険医療費のお知らせの発行を申請いたします。

レイズネクスト健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

〒 住所

申請者 氏 名

電話番号

[注意事項]

- 発行可能な医療費のお知らせは、A4様式となります。
- 対象月の発行可能時期は、診療月の2カ月後の月末日頃からとなります。
(例 令和6年12月診療分は、令和7年2月末日頃から発行可能となります)