

医療費通知発行依頼書

健保決裁			
常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印

エクセディ健康保険組合 殿

提出日令和 年 月 日

健康保険証の		被保険者の氏名（本人署名）	
記号	番号		
発行対象者	<input type="checkbox"/> 世帯全員分 <input type="checkbox"/> 本人分のみ <input type="checkbox"/> 家族（ ）分のみ		
被保険者の住所（医療費通知送付先）			
〒			
<連絡先>日中に連絡の取れる番号をご記入ください。 TEL（ - - ）			
●医療費通知は、約1週間後を目安に郵送します。			
使用目的			
出力を希望する受診年月の範囲			
<input type="checkbox"/> 平成 年	<input type="checkbox"/> 令和 月受診分から	<input type="checkbox"/> 平成 年	<input type="checkbox"/> 令和 月受診分まで
●通常、医療機関から健保組合に受診情報が届くまで、3ヶ月程度かかりますので、出力を希望する受診年月の範囲は、直近3ヶ月以前の年月をご記入ください。			
ご遺族の方が依頼される場合			
発行が必要な方の氏名			
●医療費通知を発行することは、対象者の生前の意思や名誉との関係で問題ありませんか はい・いいえ（ <input checked="" type="checkbox"/> ）でお答えください <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
●添付書類 <u>ご遺族の本人確認書類</u> 公的機関等が発行するもので、氏名・生年月日・住所の記載があるもの <u>ご遺族と加入者の関係確認書類</u> 加入者が亡くなられたことが確認できること及び加入者のご遺族であることが確認できるもの（例：戸籍謄本（または抄本）、住民票（除票）、死亡診断書のコピー）			

受 付 印