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

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

エクセディ健康保険

提出日令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者の		記号番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください
記号	番号	
1	１１１１１	
氏名	健康　太郎	
発行対象者	☑世帯全員分　□本人分のみ　□家族（　　）分のみ	

被保険者の住所（医療費通知送付先）
〒１１１１－１１１２ 大阪市大阪区大阪町１丁目２番３号 ＜連絡先＞日中に連絡の取れる番号をご記入ください。 ＴＥＬ（0123-45-6789）
●医療費通知は、約１週間後を目安に郵送します。

使用目的
医療費控除の明細として使用するため

出力を希望する受診年月の範囲	
□平成　☑令和 〇〇年〇〇月受診分から	□平成　☑令和 〇〇年〇〇月受診分まで
●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（☑）でお答えください　　□ はい　□ いいえ

●添付書類

ご遺族の本人確認書類　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

ご遺族と加入者の関係確認書類　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（または妙本）、住民票（除票）、死亡診断書のコピー）

受　付　印