

医療費通知
 保険給付決定支払通知書

交付依頼書

依頼者情報	申請年月日	令和 年 月 日		事業所（会社）の名称		
	被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日				
	被保険者住所	(〒 -)				
	電話番号	()				
	送付先 ※被保険者住所と異なる場合のみ記入	住所	(〒 -)			
		受取人氏名		被保険者との続柄		受取人電話番号
	交付希望日	令和 年 月 日 まで ※余裕をもってご依頼ください。				
	依頼目的					

依頼内容	医療費通知	交付対象期間	※発行できる直近の診療月は、依頼書を受付した月の3か月前までになります。 (例) 令和5年1月受付 ⇒ 令和4年10月受診分まで発行可能 <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 診療分			
	保険給付決定支払通知書	<input type="checkbox"/> 療養費（立替払い、治療用装具等）に関する証明				
		交付対象者氏名		被保険者との続柄		
		交付対象期間	<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 給付分			
		<input type="checkbox"/> 傷病手当金				
		請求期間	<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> その他				
		証明を受けたい内容				
		交付対象者氏名		被保険者との続柄		
交付対象期間	<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 給付分					

遺族記入欄	ご遺族が依頼される場合にご記入ください。 ※依頼できるご遺族は「権利承継届」を提出した方に限ります。				
	発行が必要な方の氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄

K012

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

※退職者またはご遺族が依頼される場合は、本人確認書類*の写しが必要です。

* 公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日及び住所の記載があるもの。

例) 運転免許証のコピー 等

受付日付印

受付日付印
