常務理事	事務長	担当

レゾナック健康保険組合　常務理事 殿

□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		
	被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
	生年月日	□昭和　・　□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 □平成・□令和　年　月　～　□平成・□令和　年　月　診療分
	保険給付決定支払通知書	□　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	□平成・□令和　年　月　～　□平成・□令和　年　月　給付分
		□　傷病手当金	
		請求期間	□平成・□令和　年　月　日　～　□平成・□令和　年　月　日
		□　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	□平成・□令和　年　月　～　□平成・□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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	□昭和 □平成　年　月　日 □令和	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