

「医療費のお知らせ」発行申請書

令和 年 月 日

近畿電子産業健康保険組合 御中

下記のとおり、「医療費のお知らせ」の発行を申請します。

被保険者等 記号・番号	・	会社名	
被保険者住所・氏名 (受任者)	住 所	(〒 -) (電話番号 - - -)	
	氏 名		

上記の者を代理人と定め貴健康保険組合で保有する委任者の「医療費のお知らせ」データの開示に関する一切の権限を委任します。

※証明対象者の住所、氏名は必ず各々が記入してください。

証明対象者 (委任者)	住 所	(〒 -) (※:受任者と同じ住所の場合は同上と記載してください)
	氏 名	
証明対象者 (委任者)	住 所	(〒 -) (※:受任者と同じ住所の場合は同上と記載してください)
	氏 名	
証明の必要な期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで	
証明の必要な理由		
送付先	(※送付先が住所と異なる場合に記載してください。)	

〈お願い〉

- ① 本人確認のため、次の資料のいずれか一つを証明対象者全員分添付してください。
 - ・マイナンバーカード表（おもて）面の写し・資格確認書の写し
 - ・運転免許証の写し ・住民票の写し
- ② 診療報酬明細書（レセプト）の保存期間は5年です。
- ③ 当健康保険組合ホームページの「医療費照会」で医療費の確認が可能（最長2年間）です。
※診療月から3カ月後閲覧可能になります。
- ④ 証明対象者が3名以上の場合は、この申請書に委任状（様式は任意）を添付してください。