

※ 決 裁 欄	受 付 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長			係 員
	交 付 年 月 日	年 月 日					
	備 考						

## 年間医療費のお知らせ 発行依頼書

被保険者(依頼者)記入用

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ) _____				
	住所	(〒 _____ )	都(道)	府(県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( _____ )					

使 用 目 的 等	使用目的	<input type="checkbox"/> 確定申告の医療費控除に使用するため <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
	対象期間	令和 _____ 年分 ~ 令和 _____ 年分	平成30年以前のもものは作成できません。 対象期間に記載が無い場合は、受付日の前年分のみ作成します。			

希 望 送 付 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所	(〒 _____ )	都(道)	府(県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( _____ )				
宛名						

上記のとおり年間医療費のお知らせの交付を依頼いたします。 令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

(2021.12)

受付日付印