

医療費のお知らせ依頼書

※マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証のいずれかから確認できます。

依頼者情報	健康保険の記号一番号※	氏名コード	氏名	生年月日
	—		(フリガナ)	1.昭和 2.平成 年 月 日
期間	事業所名	所属コード	日中連絡のつくご連絡先(電話 or メールアドレス)	
期間	確定申告をされる場合は年単位に☑し希望する年度を記載ください。			
	年単位	<input type="checkbox"/> 令和 年分		←確定申告へ使用される際はこちら
	※令和6年分(1月～12月)は令和7年3月上旬以降に順次発送予定です。			
期間	医療費助成を市区町村へ申告される場合はこちらに☑し希望する月を記載ください。			
	月単位	<input type="checkbox"/> 令和 年 月診療分		～ 令和 年 月分診療分
	※発行までに受診月から3か月かかります		例) 令和6年1月～10月→令和7年1月中旬発送予定 令和6年1月～11月→令和7年2月中旬発送予定	
発送先	CWSに登録されている自宅住所へ送付いたします。			
注意事項	① 個人情報の観点よりCWSに登録されている本人住所に送付します。 ※本人住所=CWSの住所情報に登録されている本人住所欄記載の住所 住所変更時は、必ずCWSの登録住所をご変更下さい。 住所変更後、健保で新住所の反映に一定の時間を要します。旧住所へ届けられることもあり ますので、郵便局で転送・転居届の届け出をお願いいたします。 ② 指定送付先への送付はできません。			担当印
提出先	社内メール便: MMC本社内 健康保険組合 (MK8400)宛 郵送: 〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 村田製作所健康保険組合 給付宛			受付日付印

※個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。