

医療費のお知らせ依頼書

依頼者情報	保険証の記号-番号	氏名コード	氏名 ※自署の場合、捺印不要 (フリガナ)	生年月日
	—		①	1.昭和 年 月 日 2.平成
	事業所名	所属コード	☎日中連絡可能な番号	メールアドレス
			※お問合せの際に利用します	※お問合せの際に利用します
現住所				
〒 — 都道 府県				

期間	発行を希望する診療期間			
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 令和			
※発行できる直近の診療月は、依頼書を受付した月の3ヶ月前までになります。 (例)令和2年1月受付 → 令和元年10月診療分まで発行可能				

注意事項	<ul style="list-style-type: none">● 医療費通知は、原則、社内メール便で送付します。 社内メール便の無い事業所のみ、ご自宅へ郵送します。
------	---

担当印

郵送先	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
-----	---

受付日付印