

医療費のお知らせ依頼書

依頼者情報	保険証の記号一番号	氏名コード	氏名	生年月日
	—		(フリガナ)	1.昭和 2.平成 年 月 日
	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		

発行を希望する診療期間(☑をつけ、発行希望期間を記入)	
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
月単位	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ 令和 年 月分

※発行までに診療月から3ヶ月かかります。
(例) 令和3年12月受診分 → 令和4年3月に発行

注意事項	<p>● 原則、自宅へ送付します。(I4登録住所に送付)</p> <p>所属先へ送付を希望される場合は、☑してください。 → <input type="checkbox"/>所属先へ送付希望</p>
------	---

担当印

郵送先	<p>社内メール便: MMC本社内 健康保険組合(MK8400)宛</p> <p>郵送: 〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1</p>
-----	---

受付日付印