

常務理事	事務長	課長	担当者

医療費通知再交付申請書

被保険者等 記号・番号	記号 番号 —	被保険者氏名	
被 保 険 者 の 住 所 ・ 電 話 番 号	〒 — — — — —		
交付を必要とする 期 間	令和 — 年 — 月 ~ 令和 — 年 — 月診療分		
交 付 対 象 者	a. 被保険者本人 b. 被扶養者（氏名： — 続柄： — ） c. 被保険者本人および被扶養者全員		
使 用 目 的 ※ 「その他」の場合は、必ず その内容を記載	a. 確定申告のため b. その他 : —		
医療費通知の提出先 ※ 「その他」の場合は、必ず その内容を記載	a. — 税務署 b. その他 : —		
本人確認のための 添 付 書 類 ※ いずれか1つを添付	免許証の写し（両面）、 パスポートの写し（顔面写真および住所掲載ページ） マイナンバーカードの写し（顔写真掲載面）		

上記のとおり、医療費通知の再交付申請をいたします。

千葉県食品製造健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____（自署）

受付印

＜ 注意事項 ＞

- * 医療費通知書は、被保険者の住所へ送付します。
- * 医療機関等から請求書が遅くなった場合は、医療費通知に記載されないことがあります。
- * 医療費通知には、自費診療などの健康保険負担分以外は記載されていません。
- * 国・県・市区町村の医療費の助成を利用している場合は、通知に記載されている支払額とご自身が実際に医療機関等で支払った額と異なることがあります。
- * 今後は「領収書」および「医療費通知（医療費のお知らせ）」を大切に保存してください。