

医療費のお知らせ発行依頼書

被 保 険 者 情 報	記号		番号		事業所名	
	氏名 (自署)				生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所及び (日中の) 連絡先	〒 -				
		TEL - -				
発行理由	(例)確定申告の医療費控除に必要であるため。					

証明希望期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月診療分まで
--------	----------------------

上記のとおり、医療費のお知らせの発行を依頼します。

【留意事項】

- ・発行は、受診月の3カ月後の上旬です。
(例:9月診療分は12月に発行)
- ・確定申告の医療費控除に活用される場合、11月受診分の発行は、翌年2月上旬(12月受診分は翌年3月上旬)に可能となりますが、時間を要する場合がありますので、11~12月受診分の領収書は保管のうえ、ご対応願います。
- ・原則、被保険者世帯単位での発行となります。
- ・当組合登録住所への送付となります。

【提出先】

〒060-0004
北海道札幌市中央区北4条西7丁目1番4号
北海道農業団体健康保険組合
業務部業務課
TEL:011-261-3273

部長	課長	扱