

神奈川県自動車整備健康保険組合 御中

FAX : 0 4 5 - 2 1 2 - 5 5 6 9

この度、医療費控除申告に必要なため、医療費通知の発行をお願いします。

被保険者氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日生
健康保険記号番号	(記号) (番号)
会社名称 ※記号番号がわからない場合は、会社名称を記入して下さい	(会社名称)
対象期間	令和　年　月　～　令和　年　月受診分
送付先 ※会社・健保組合登録住所どちらかに○をしてください	1. 会社あて 2. 登録住所あて（確認のため〒・住所を記入してください） 〒　　　—
連絡先電話番号 ※健保からの照会に利用します	— —
備考 ※被保険者以外の方がFAXする場合にお名前を記入して下さい	被保険者より依頼を受けて再発行を申請します。 (FAX送信者氏名)

(注意)

- ①再発行は、世帯単位となります。
- ②住所変更の届出が未提出の場合は、速やかに届出をお願いします。