

# 医療費のお知らせ作成依頼書の記入例

## 医療費のお知らせ作成依頼書

### ○組合員情報等

組 合 員	被保険者証 記号・番号	71-1505	1205	氏名	松山 さくら
	住所	〒 102 - 1201 東京都江東区亀戸 5-1-2			
	電話番号	( 03 ) 2345 - 6789	① 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )		
依頼年月日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	事業所名	八重洲建設株式会社		
依頼者区分	該当する数字を○ (マル) で囲んでください。 ① 組合員 ② 組合員の遺族の方 (組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が依頼される場合) ③ 組合員の遺族の方 (組合員が死亡された場合であって、遺族である旨の証明 (戸籍謄本の写し等) を添付してください。ただし、依頼される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、当該組合員の世帯に属する被保険者であった場合は添付不要です。				
依頼理由	該当する数字を○ (マル) で囲んでください。 ① 「医療費のお知らせ」作成日時時点で脱退していたため ② 「医療費のお知らせ」が未着のため ③ その他 ( )				

申請者が組合員である場合は「1 組合員」を、組合員が亡くなられて遺族の方が申請する場合は「2 組合員の遺族の方」をそれぞれ○で囲んでください。

日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。

### ○依頼者情報

依 頼 者	氏名		組合員との続柄	
	住所	〒 -		
	電話番号	( ) -	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )	

上の「依頼者区分」で「2」を選択された場合 (組合員の遺族の方が申請される場合) にのみ記入してください。

### ○送付希望住所／発行希望期間

送 付 を 希 望 す る 住 所	該当する数字を○ (マル) で囲んでください。	
	① 組合員の住所	
	② 依頼者の住所	
③ その他の住所	〒 -	宛名
発行を希望する期間	平成・令和 △△ 年 11 月診療分 から 翌年 10 月診療分 (10 月施術分) (9 月施術分)	
※ 発行対象期間は 1 年間分となります。		

「3」を選択した場合には、住所を正確に記入するとともに、「宛名」(「〇〇様方 □□□□あて」など) を必ず記入してください。

### ○依頼書送付先及びお問い合わせ先

名称	所在地	電話番号
全国土木建築国民健康保険組合	〒102-0093 東京都千代田区平河町 1-5-9 厚生会館	03 (5210) 4384