

常務理事	事務長	課長	係

医療費通知（医療費のお知らせ）発行依頼書

Request Form for Issue of Medical Care Cost Notice (Medical Care Cost Information)

F R 健康保険組合 理事長殿

To the Chairman of the Board, FR Health Insurance Organization:

下記の通り、医療費通知の発行を依頼致します。

I hereby request the issue of a Medical Care Cost Notice as follows.

2025 年 1 月 6 日  
YYYY MM DD

申請者氏名 Name of Applicant	John Smith	メールアドレス E-mail Address	@
申請者住所 Address of Applicant	Please fill in your current address.		

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。  
\*If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.

被保険者等 記号・番号 Symbol/Number of Insured Person, etc.	1234-12345678		
被保険者名 Name of Insured Person	John Smith		
発行対象者 Eligible Person for Issue	1. 被保険者のみ Insured person only 2. 世帯全員 All household members 3. 被扶養者（対象者氏名） Dependents (Name of eligible person: ) Please select the desired eligible person.		
診療年月 Month/Year of Medical Treatment	年 月 から 年 月 受診分 YYYY MM to YYYY MM Please fill in the desired issuance		

※ ご希望の医療費通知は、医療機関より到着する請求書を基に

\* The requested medical care cost notice will be issued based on bills received from medical care facilities.

※ 医療機関より健康保険組合へ医療費の請求が到着するのは、通常、皆様が窓口で自己負担金をお支払された2か月後となります。発行が可能な医療費通知は、発行依頼書を健保に提出した月の2か月前の受診月分までとなります。

\* Bills from medical care facilities typically arrive at the health insurance organization two months after you pay your copayment at the medical facility.

Medical care cost notice can only be issued for medical visits up to two months prior to the month in which the request form is submitted to the health insurance organization.

（例：12月15日健保到着→10月受診分までの医療費通知が発行可能）

(Example: For forms arriving at the health insurance organization on December 15, a notice can be issued for medical visits up to October.)

但し、医療機関からの請求が遅延する場合等もございますので、ご希望の診療年月分を発行できない場合がございます。ご承知おき下さい。

However, please note that we may be unable to issue a notice for your desired medical treatment month due to delays in billing from medical care facilities or other factors.

※ 送付先は、個人情報保護の観点より会社へ登録されているご住所にお送り致します。

\* For privacy protection purposes, the notice will be sent to the address registered with your company.

受付日付印

提出先 Submission recipient

〒135-0063

東京都江東区有明 1-6-7

F R 健康保険組合 給付担当宛

1-6-7 Ariake, Koto-ku, Tokyo

To: Person in charge of benefits, FR Health Insurance Organization