

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

F R 健康保険組合 理事長殿

下記の通り、医療費通知の発行を依頼致します。

令和 年 月 日

申請者氏名	⑩	電話番号	
申請者住所			

被保険者証 記号・番号	
被保険者名	
発行対象者	1. 被保険者のみ 2. 世帯全員 3. 被扶養者（対象者氏名 ）
診療年月	平成 年 月 から 平成 年 月 受診分 令和

※ 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発行します。

※ 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。

（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）

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。

※ 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。

受付日付印

提出先

〒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