|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関受診履歴一覧表作成依頼書 | 常務理事 | 課　長 | 係　長 | 係　員 |
|  |  |  |  |
| ※マイナポータルでも医療費通知情報を確認することができます。（毎月11日に前々月診療分を更新）また、確定申告に利用するための1年間分の医療費通知情報は、例年、原則2月9日に一括で取得可能となります。下記理由により、被保険者　【　　　　　　　　　　　　　　　】被扶養者　【　　　　　　　　　　　　　　　】にかかる　保険医療機関受診履歴一覧表　を作成いただきたく申請します。１、作成を必要とする理由〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　　２、希望する受診期間〔　　　　年　　月から　　　　年　　月までの受診記録〕依頼書送付日の3か月前までの受診月をご記入ください。例：1月に送付する場合10月までの受診月＊表記項目は以下のとおり・診療年月・続柄　　・区分・医療機関名称及び所在地

|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 |  |
|  | この届出については、又はの要件を満たしたものである。申請者本人（被保険者）が作成したものである。記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

・総医療費※本人確認のため、組合の登録と異なる住所を送付先に指定する場合は必ず確認欄の**□**にチェックをしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者等記号･番号 |  |  |

令和　　　年　　　月　　　日 |
| 送付先住所 〒　　　　－　　　　 　連絡先 ( ) －　 |

【注】この申請により発行される一覧表は、領収書及び医療費通知（医療費のお知らせ）の代わりとなるものではありませんのでご承知おき願います。

【提出先】〒453-0804

愛知県名古屋市中村区黄金通1丁目18番地　　　愛鉄連健康保険組合　宛