

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者

健康保険医療費通知交付申請書

記号		番号		事業所名	
申請期間	平成・令和 年 月 診療分から 平成・令和 年 月 診療分まで				
申請内容	1. 申請者の医療費のみ 2. 加入者の医療費全て 3. () の医療費のみ				
申請理由	1. 確定申告(医療費控除)に使用するため 2. () の申請手続きに使用するため 3. その他()				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 ー

被保険者 住 所

(申請者) 氏 名

電話番号 () ー

宮城県自動車販売健康保険組合 殿

※ご本人以外の医療費明細も必要な場合、下記に対象者分の同意書が必要となります。(注 未成年の被扶養者は不要です。)

同 意 書	
上記申請内容・申請月の全医療費に係る通知書発行について、申請者あて交付することに同意します。	
令和 年 月 日	
住 所	_____
氏 名	_____
氏 名	_____
氏 名	_____