（様式１）

医療費のお知らせ依頼書

依頼者情報	被保険者証の（左づめ）	記号 □□□□□□□□ 番号 □□□□□□□	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成 □□□□□□
	氏名・印	（フリガナ） 印	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	（〒 ― ） 都道府県	
	電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）	
	依頼目的		

期間	発行を希望する診療期間	□ 平成 □ 令和 年 月 日 ～ □ 平成 □ 令和 年 月 日 **※発行できる直近の診療月は、依頼書を受付した月の３か月前までになります。** **（例）令和2年1月受付→令和元年10月診療分まで発行可能**

送付希望先	上記依頼者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。		
	住所	（〒 ― ） 都道府県	
	電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）	
	宛名		**宛名は「依頼者名」に限ります。**

被保険者	被保険者証の記号番号が不明な場合は、必ず発行を希望する診療期間中に被保険者がお勤めの事業所名・勤務期間をご記入ください。	
	事業所名	勤務期間

受付日付印