

健康保険組合使用欄	
区分	資格喪失後・再発行
(喪失年月日)	年 月 日

業務部長	給付課長	課長補佐	係長	係

医療費のお知らせ発行申請書

太線枠内をご記入ください。

依頼者情報	被保険者等	記号	番号	生年月日	年	月	日
			-	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	事業所名称						
	被保険者氏名	(フリガナ)					
	住所	〒	-				
電話番号 (日中の連絡先)	()						
発行期間	発行希望 対象期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 分 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 令和					
		※発行可能な期間は、原則健保組合がすでに発行している期間分までとなります。(*1) (未発行(通知)分) 原則、再発行はできません。 ただし、資格喪失者はこの申請書を提出した月の3か月前まで発行が可能です。 [参考] 通知時期：12月～5月診療分 ⇒ 毎年10月通知 6月～11月診療分 ⇒ 毎年2月通知 (既発行(通知)済分) すでに発行済みのため随時再発行が可能です。					
送付先	住所	※上記依頼者情報欄に記載の住所と異なる場合のみご記入ください。					
		(宛名)				(続柄)	
		〒	-				
令和 年 月 日 東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり医療費のお知らせの発行を申請します。							

【注意事項】

- ・世帯単位での発行になります。
- ・本申請書を受理後、約1～2週間前後で発行し指定送付先へお送りいたします。
- ・発行可能期間内であっても、医療機関等からの請求遅れ等により掲載されない場合がありますので、あらかじめご了承ください。(*1)

【提出方法】

下記まで、郵送またはメール(ExcelまたはPDF添付)でご提出ください。

(郵送) : 〒104-8432 東京都中央区築地7-6-1 給付課宛

(メール) : hd-tekiseika@houdou-kenpo.jp 給付課担当宛

受付日付印

受付日付印
