

常務理事	事務長	担当

東亜合成健康保険組合 御中

年間医療費通知交付申請書(退職者用)

太枠内をご記入ください

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)
被保険者 住所	〒 _____ _____			
対象者	全員(被保険者・被扶養者)			
交付を必要とする 理由				
対象期間	【 年分】 年 1 月受診分 ~ 年 11 月分受診分			
本人確認のための 添付書類 (いずれか1つ)	A. 免許証の写し (両面)	B. パスポートの写し (顔写真および住所記載ページ)	C. マイナンバーカードの写し (顔写真掲載面)	

上記のとおり、年間医療費通知の交付を申請します。

年 月 日
被保険者氏名 _____

- 注)
- 資格喪失日以降の診療内容は掲載されません。
 - 申請は、被保険者のみ可能です。
 - 年間医療費通知は、被保険者住所へ送付します。
 - 交付期間内であっても医療機関からの請求遅れ等により年間医療費通知に掲載されない可能性がありますのであらかじめご了承ください。
 - 自費診療分等、保険適用外の医療費は掲載されません。
 - 領収書および年間医療費通知は、大切に保管してください。

受付印

記入例

常務理事	事務長	担当

東亜合成健康保険組合 御中

年間医療費通知交付申請書(退職者用)

太枠内をご記入ください

被保険者等 記号・番号	記号 10	番号 1099999	被保険者 氏名	(フリガナ) トウア タロウ 東亜 太郎
被保険者 住所	〒 _____ 送付先住所をご記入ください。 連絡が取れる電話番号 TEL () _____			
対象者	全員(被保険者・被扶養者)			
交付を必要とする 理由	確定申告で利用のため 等			
対象期間	【2024年分】 2024 年 1 月受診分 ~ 2024 年 11 月分受診分			
本人確認のための 添付書類 (いずれか1つ)	A. 免許証の写し (両面)	B. パスポートの写し (顔写真および住所記載ページ)	C. マイナンバーカードの写し (顔写真掲載面)	

上記のとおり、年間医療費通知の交付を申請します。

申請日	年	月	日
被保険者氏名	東亜 太郎		

- 注)
- 資格喪失日以降の診療内容は掲載されません。
 - 申請は、被保険者のみ可能です。
 - 年間医療費通知は、被保険者住所へ送付します。
 - 交付期間内であっても医療機関からの請求遅れ等により年間医療費通知に掲載されない可能性がありますのであらかじめご了承ください。
 - 自費診療分等、保険適用外の医療費は掲載されません。
 - 領収書および年間医療費通知は、大切に保管してください。

受付印