

常務理事	事務長	GL	担当

健保確認 ( )

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

## 医療費通知(明細)再交付申請書

太枠内をご記入ください

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)
被保険者 住所	〒 _____			TEL ( ) _____
対象者	A. 全員	B. 一部 (右欄記入)	続柄	該当者氏名
使用目的	A. 確定申告		B. 市町村への給付金申請	C. その他 (理由: )
交付を必要とする 診療期間	令和 _____ 年 _____ 月診療分 ~ 令和 _____ 年 _____ 月診療分			
再交付の内容	A. 医療費明細のみ		B. 給付金決定通知書のみ	C. 医療費明細 + 給付金決定通知書
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、再交付を申請します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
被保険者氏名 _____

- 注) ・申請は、被保険者のみ可能です。  
・医療費通知(明細)及び給付金決定通知書は、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。  
・領収書及び医療費通知は、大切に保管してください。

受付印
-----