

令和 年 月 日

MBK 連合健康保険組合 理事長 殿

記号・番号 _____

住所

〒 _____

日中連絡先 _____ (_____)

被保険者氏名 _____

医療費通知発行について（依頼）

下記のとおり医療費通知を書面で発行願いたく、依頼いたします。

記

1. 必要理由

2. 必要とする期間

令和 年 月診療分 ～ 令和 年 月診療分

[注意事項]

- ・依頼受付時点において健康保険組合で確認できる医療費が対象となり、データ未到着のものや、法令・通達等で定められた保存年数及び時効を超過した医療費については発行できませんので予めご了承ください。
- ・退職後に依頼される場合は、免許証の両面コピー等、現住所と本人確認ができる証明書類を同封してください。
- ・登録や申出等により閲覧が制限されている被扶養者の情報は通知できません。
- ・個人情報の取り扱いについては HP 等に掲載している個人情報保護方針・プライバシーポリシーを閲覧いただき、同意された上で申請をお願いします。

以上