

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

医療費通知発行依頼書

被保険者証記号番号		記号	番号			
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	昭 平 令 和	年 月 日		所在地	
	住 所	〒 _____				
	連絡先	電話番号 (_____)				
使用目的						
出力を希望する診療月		平成 令和	年 月	～	平成 令和	年 月
受取方法		<input type="checkbox"/> 自宅宛 <input type="checkbox"/> 事業所宛て <input type="checkbox"/> その他(

＜「医療費のお知らせ」の発行に際し、次の点にご留意ください＞

- ・ 「医療費のお知らせ」には組合員及び、被扶養者が医療機関を受診した際の保険診療の内容が記載してあり、保険適用外の費用(入院時の個室料、歯科における自費診療分等)は含まれないため領収書の金額と異なる場合があります。また、公費負担医療や自治体などの各種医療費助成を受けられた場合は、自己負担額が正しく反映されないことがあります。
- ・ 「医療費のお知らせ」は医療機関や薬局から通常2ヶ月後に請求があったものを記載しておりますが、医療機関等からの請求が月遅れのものや整骨院等の請求がある場合、出力希望診療月以外の記録が含まれる場合があります。また、医療機関からの再審査請求等により記載されない場合があります。
- ・ 確定申告に使用される際に、「医療費のお知らせ」で確認できないものはお手元の領収書にて「医療費控除の明細書」の作成を行ってください。

問合せ先: 〒150-8407 東京都渋谷区東2丁目10番8号
 セメント商工健康保険組合(業務第二課)
 電話 03-3409-7918 FAX 03-3400-3980