

	常務理事	事務長	課長	係長	係
伺					

令和 年 月 日

静岡県西部機械工業健康保険組合 様

年間医療費のお知らせ 発行願

〒 —

1. 住 所

2. 記 号 番 号

3. 被保険者氏名

4. 生 年 月 日

昭和
平成 年 月 日

5. 申 請 目 的

医療費控除申告のため

6. 対 象 年

令和 年分

(注) 「年間医療費のお知らせ」は、発行時に健康保険組合データに反映している医療費が対象です。
通常、診療月の2か月後に反映するため、12月診療分までのお知らせは、翌年2月下旬発行となります。

7. 本人確認が
できるもの

運転免許証、マイナンバーカード、顔写真の
ついた官公署が発行しているもの

※郵送で申請の場合は、本人確認のコピーを
添付して下さい。(確認後、廃棄いたします)

※「年間医療費のお知らせ」の送付先は事業所
となります。

事業所以外へ送付希望の場合は、返信用
封筒(切手貼付)を添付して下さい。

※健保使用欄

--