伺	常務理事	事務長	課　長	係　長	係

令和　　年　　月　　日

静岡県西部機械工業健康保険組合理事長　様

年間医療費のお知らせ発行願

医療費控除を受けるため、下記のとおり年間医療費のお知らせを発行願います。

発行を希望する期間を記入してください。

※発行できる時期は希望する期間の２か月後の下旬となります。
（例）１２月受診分まで希望の場合、発行は２月下旬となります。
※発行時点で健康保険組合データに登録されている医療費が記載されます。
医療機関からの請求遅れや請求書の返戻等により登録されていない医療費は、
記載されません。

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月受診分

記号－番号	－
被保険者氏名	年間医療費のお知らせを世帯単位で発行することに同意します。
住　　所	〒　　－
電話番号	－　　－

＜注意事項＞

・本人確認のため、申請時に下記のいずれかのコピーを添付してください。
（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）

・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、返信用の封筒・切手（簡易書留）を添付してください。