

「医療費保険給付金の明細（医療費通知）」申請書

令和 年 月 日

法令出版健康保険組合
理事長 殿

下記のとおり、「医療費保険給付金の明細」の作成を申請します。

記

1. 対象期間

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|---|--|---|
| | 年 | | 月 | ～ | | 年 | | 月 |
|--|---|--|---|---|--|---|--|---|

2. 請求者氏名

| | | | | | |
|------|------------------|-------|---|----|---|
| 被保険者 | 被保険者証等の 記号・番号 | 記号 | | 番号 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 所属先 | | | | |

[注]

- 本申請書は任意期間申請用です。
※毎年2月前後に定期的に通知していますが、任意の期間が必要な場合に
申請してください。
- 被保険者及び被扶養者の世帯全員分の明細を作成します。

受付年月日

