

「医療費のお知らせ」(医療費通知) 発行依頼書

「医療費のお知らせ」(医療費通知)の発行を依頼します。

「医療費のお知らせ」の発行を希望する診療期間

令和〇	年	〇月	～	令和〇年	〇月	診療分
-----	---	----	---	------	----	-----

- 注1: 医療費通知を発行できる「診療期間」は、依頼月の4か月前の診療月までとなります。また、5年以上前の期間については発行できません。
- 注2: この依頼書によりお知らせできる内容は、診療区分(入院・外来・歯科・調剤等の別)診療年月、医療機関名、診療日数(受診日は特定できません)、総医療費、組合負担(額)、公費負担(額)、窓口負担(額)、高額療養費及び附加金の額となります。
- 注3: 個人単位での作成はできません。同じ診療期間に組合員・被扶養者の受診がある場合は、両方が記載されます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者

所属名 〇〇局〇〇課

記号・番号 100-00000000

組合員氏名 共済 太郎