

令和4年「年間医療費のお知らせ（医療費通知）」 交付申請書

被保険者証 記号番号	—												
被保険者氏名													
生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男 ・ 女										
住所 連絡先	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											電話番号 (日中)	- -
加入事業所名	※令和4年中に当組合の複数の事業所に加入されている場合は全ての事業所名を記載してください。												
発行を希望する 期間	令和4年1月 ~ 令和4年 (10月 ・ 11月 ・ 12月)												
	※ () 内の いずれか に○をしてください。記載がない場合は当組合受付日の属する申請期間に準じます。必着日までに当組合にて受付されなかった場合、直後の申請期間として受付いたします。												

申請期間	組合発送予定日	記載される受診期間
令和4年12月28日(水) 必着	令和5年1月20日(金)	令和4年1月~令和4年10月
令和5年1月31日(火) 必着	令和5年2月15日(水)	令和4年1月~令和4年11月
令和5年2月28日(火) 必着	令和5年3月15日(水)	令和4年1月~令和4年12月

- ★**郵送**にてお申込みください。(電話・FAXは受付できません)
- ★被保険者様からの申し込み1枚で、**被扶養者様全員**の医療費のお知らせが個別封筒にて発行されます。
(**事業所様経由**での配付となります)

当組合住所：

〒231-0033 横浜市中区長者町3-8-11 5階 神奈川県医療従事者健康保険組合 宛

受付日付印

