

令和3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	〒	電話番号 (日中)	- -
連絡先			
加入事業所名 (※)			

(※) 令和3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。

★**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

<記入例>

被保険者証 記号番号	1234 - 567
被保険者氏名	健保 太郎
生年月日	昭和 平成 55年 1月 1日 性別 男・女
住所	〒231-0033 電話番号 (日中) 045 - 641 - 3400
連絡先	神奈川県横浜市中区長者町1234-56 リッシュアヴェニュー5階
加入事業所名 (※)	令和3年4月まで 医療法人 健康会 健康病院 令和3年5月から 医療従事者クリニック

受付日付印