

令和元年度「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
被保険者の住所 ・連絡先			
加入事業所名 (※)			

(※) 平成31年・令和1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 宛て

<記載例>

被保険者証 記号番号	1234	—	567
被保険者氏名	健保 一郎		Ⓜ
生年月日	昭和 平成	55 年 1 月 1 日	性別 Ⓜ ・ 女
住所 連絡先	231-0033 横浜市中区長者町1234-56 電話 045 - 123 - 4567		
加入事業所名 (※)	平成31年4月まで 医療法人 健康会 保険病院 令和1年5月から 医療従事者クリニック		

受付日付印

(※) 平成31年・令和元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。