

神奈川県自動車整備健康保険組合 御中

FAX : 045-212-5569

この度、医療費控除申告に必要なため、医療費通知の発行をお願いします。

被 保 険 者 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生
保 険 証 記 号 番 号	(記号) (番号)
会 社 名 <small>※記号番号がわからない場合は、会社名称を記入して下さい</small>	
対 象 期 間	平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月受診分
送 付 先 <small>※会社・健保組合登録住所どちらかに ○をしてください</small>	1. 会社あて 2. 登録住所あて (確認のため〒・住所を記入してください) 〒 —
連 絡 先 電 話 番 号 <small>※健保からの照会に利用します</small>	— —
備 考 <small>※被保険者以外の方が FAX する 場合にお名前を記入して下さい</small>	被保険者より依頼を受けて申請します。 (被保険者との関係) (FAX 送信者氏名)

(注意)

①発行は、世帯単位となります。

②住所変更の届出が未提出の場合は、速やかに届出をお願いします。