

[Example]

Medical care cost information (details)

医療費のお知らせ明細発行申請書 医療費控除等

Date

申請日 令和1年12月5日

1. 医療費お知らせ明細の発行依頼される方は、同意文をお読みいただきご記入ください。

<同意文>

医療費のお知らせ明細に関しましては、受診者(被保険者、被扶養者)、診療年月、診療区分、医療機関、医療費総額金額、健保負担、公費負担、自己負担の一覧表示となります。

このことについて同意しを付けてください。

被保険者(従業員)記入欄

<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	Choose agree	Name and Seal	Birth Date
Health Insurance Card Symbol	Health Insurance Card Number	被保険者氏名	生年月日
保険証記号	番号	健保 太郎	昭和・平成 50年12月5日
1001	12345		
日中連絡がつく電話番号	090-XXXX-XXXX		
希望年度・月			
平成29年 平成30年			

Please fill it out about the family equally

被扶養者(家族)記入欄

同意する

保険証記号	番号	被扶養者氏名	生年月日
1001	12345	健保 花子	昭和・平成・令和 51年6月15日
1001	12345	健保 さくら	昭和・平成・令和 10年3月25日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日

給付金のはがきを紛失し、再交付希望の方のみ記入してください。

給付金再発行希望年月

令和1年
7月分

注) 1. 明細書は申請の時点で健保が把握している診療分を表示します。申請日は必ず記入してください。

2. 診療があっても発行する明細に受診の記載が無い場合はご自身で修正して医療費控除等に使用してください。

Choose Home or Company

2. 医療費のお知らせ明細送付先(希望する番号に○をしてください)

Destination that you hope for : Home

1. 自宅・・・ボッシュ健保登録住所

Business Entity

2. 社内便

事業所	所属
Hig	RBHI - JP

Destination that you hope for : Company

3. 申請書提出およびお問い合わせ先

〒355-0028 埼玉県東松山市箭弓町2-5-5

ボッシュ健康保険組合

TEL 0493(22)0890

FAX 0493(23)7466

社内便 Hig1-RBHI