

医療費のお知らせ明細発行申請書 医療費控除等

申請日 令和 年 月 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

同意する

保険証記号	番号	被保険者氏名	生年月日	医療費控除用 希望年度・月
		(印)	昭和・平成 年 月 日	
日中連絡がつく電話番号				

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	給付金再発行 希望年月
			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	
			昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	

注)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。

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。

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)

1 . 自宅・・・ボッシュ健保登録住所

2 . 社内便

事業所	所属
	-

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