

「医療費のお知らせ」の紙送付依頼書

記号	番号	事業所名
被保険者氏名		被保険者の生年月日
		年 月 日
被保険者連絡先		被保険者メールアドレス
TEL		
送付先住所		
〒		

(希望する□にチェックし、希望年月などを記入してください)

☐ 令和____年____月受診分(単月分)を希望

☐ 令和____年____月～令和____年____月受診分を希望

(依頼月から遡って26ヶ月分に限る)

☐ 令和____年1月～12月分をまとめて希望 (送付は翌年3月末頃になります)

「医療費のお知らせ」の送付を上記のとおり依頼します。

令和 年 月 日

TISインテックグループ健康保険組合 御中

- ◆ご希望は「受診月」単位でしか受付できませんのでご注意願います。
- ◆本人確認ができる書類(免許証コピー等)を添付してください。