

令和 年 月 日

大阪府貨物運送健康保険組合 殿

医療費通知交付願

医療費通知を交付していただきますようお願いいたします。

記号番号	—
被保険者名	
使用目的	
交付が必要な方 ※世帯全員分が必要な方は、 「世帯全員」とご記入ください	
診療月 ※元号に○をして下さい	※通知書は医療機関から提出される診療報酬明細書に基づいて作成しますので、交付可能な時期は 療養を受けた月から3ヶ月以上かかります。 平成 年 月 ~ 平成 年 月 令和 令和
いずれかに☑してください	<input type="checkbox"/> 発行可能な時期まで（診療月から3ヶ月以上） <u>交付を待ちます。</u> （例：12月診療まで希望→翌年3月以降発行） <input type="checkbox"/> <u>現在発行可能な範囲</u> で交付を希望します。
被保険者住所	〒 —
医療費通知 送付先住所・宛名 ※被保険者住所と同じ場合、 記入は不要です	〒 —
電話番号	

※電話番号につきましては、日中に連絡の取れる番号をご記入ください。

※被保険者の顔写真付きの公的な身分証明書（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等）の写しを別紙の貼付用紙に添付してください。

※郵送でご申請くださいますようお願いいたします。（FAX 不可）

