

FAX 052-231-4964

令和 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

「年間医療費のお知らせ」申込書

※ 「年間医療費のお知らせ」は被扶養者(ご家族)様の情報も記載されます。
 そのため被扶養者(ご家族)様の申込書の提出は必要ありません。

被保険者証	記号		被保険者氏名	(フリガナ)	印
	番号		電話番号 (日中の連絡先)	TEL. () -	※自署の場合は押印を省略できます。
送付先 (どちらかに○印をつけて 送付先をご記入ください)	1. ご自宅	〒 -			
	2. 事業所	〒 - (宛名)			
備考					

下記宛にFAX等でお申し込みください。

受付日付印

(送付先)

〒460-0002

名古屋市中区丸の内三丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合

TEL 052-211-2439

FAX 052-231-4964

◆ 注意事項 ◆

※ 「年間医療費のお知らせ」に記載されるのは、事務処理の関係上、令和2年1月～令和2年11月分ですので、「年間医療費のお知らせ」にて申告手続をする場合でも、12月分の領収書は必要になります。

なお、「年間医療費のお知らせ」に記載されていない内容においても領収書が必要となりますので、領収書は大切に保管していただきますようお願いいたします。

※ 「年間医療費のお知らせ」はシステム上再発行ができませんので、なくさないようご注意ください。

組合記入欄

令和 年 月 日 送付