

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)
	番号		電話番号 (日中の連絡先)	TEL. () -
送付先 (どちらかに○印をつけて送付先をご記入ください) <small>※○印の記載がない場合は、ご自宅へ送付いたします。</small>	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 ◆

※ 事務処理の関係上、「年間医療費のお知らせ」に記載されるのは、令和4年1月～令和4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をお願いいたします。

※ システムの関係上、令和4年分のみの作成となりますのでご了承ください。

また、再発行はできませんので、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