

				起案	
		常務理事	部長	係長	係
取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	喪失年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
転入年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	発行年月日	令和 年 月 日		

年間医療費通知発行
 給付金支給決定通知書（再発行）

申請書

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

				提出日	令和 年 月 日	
被 保 険 者 情 報	①	被保険者証	記号・番号	・	事業所名	
		(フリガナ)				
	②	被保険者氏名	⑩			
	③	被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日			
④	被保険者の住所	〒 - TEL ()				

該当する□にチェック (☑) をつけて、以下必要な項目を記入してください。

発 行 内 容 に つ い て	⑤	発行理由	<input type="checkbox"/> 確定申告に必要なため <input type="checkbox"/> (被扶養者の) 学校での手続きに必要なため <input type="checkbox"/> 市区町村 (公費等の) 手続きに必要なため <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑥	発行を必要とする 診療期間と理由	<input type="checkbox"/> 自己負担額が10万円以下のため 平成・令和 年度分 (1月~12月診療分) <input type="checkbox"/> 過去の年間医療費が必要 <input type="checkbox"/> 一部診療分のみ / 給付金支給 決定通知書が必要 平成・令和 年度 (月 ~ 月診療分 / 支給決定分)

上記のとおり申請いたします。

《注意事項》

- ◎今年度分年間医療費の自己負担額が**10万円を超えている**方は、この申請は必要ありません。
- ◎申請は**毎年2月10日までに**事業所の人事部または健康保険事務担当者を通じてご提出下さい。
- ◎年間医療費通知は毎年2月末から3月上旬に、給付金支給決定通知書は随時、事業所を通じて送付します。
- ※ 医療費通知は、医療機関等から送られてきた診療報酬明細書 (レセプト) データに基づき作成されます。
レセプトに不備がある場合、データを医療機関に返戻または審査機関に再審査等を依頼します。
その場合、年間医療費通知に診療内容が反映されないため、お持ちの領収書にてご対応をお願いいたします。

受付印

