**2023年 確定申告用医療費のお知らせ発行申請書**

　　年　　月　　日　提出

1. 発行対象期間は、2023年１月から11月の間です。12月分は領収書等で対応してください。
2. 被保険者ごとに発行されますので、個人（被保険者・被扶養者）の指定はできません。
3. 公費負担や医療費助成の対象となっている場合、自己負担額が実際に支払った金額と異なる場合があります。
4. 申請期間は、2月1日から2月29日です。
5. 申請書を保存し、メールに添付して申請してください。

　　　宛先：[zz\_mail\_kenpo\_kikin@po.nippon-shinyaku.co.jp](mailto:zz_mail_kenpo_kikin@po.nippon-shinyaku.co.jp)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者証 | | 記号 |  | 番号 |  | 所属 |  |
| 氏　名 | |  | | | |  |  |
| 発行対象期間 | | 2023　年　1　月　～　2023　年　11　月 | | | | | | |

**＜医療費のお知らせ送付について＞**

＊任意継続の方は、健康保険組合に登録された住所に送付いたします。一般の方は、各事業所経由で送付

いたします。

＊特別な事情のある方（休職中で受け取りが不可能等）は送付先住所を記入してください。

　休職中　　　出勤日が限られている　　　その他（事情：　　　　　）

チェック 37

送付先住所：　〒

℡　　　－　　　－

**上記のとおり確定申告用の医療費のお知らせの発行を申請します**。

健保受付印