

国民健康保険医療費通知書 発送（停止・停止解除）申出書

次の世帯の国民健康保険医療費通知書について、発送（停止・停止解除）してください。

		申出年月日	令和 年 月 日
被保険者証 記号・番号	50-	申出者氏名 (世帯主)	
		電話番号	
住所	〒		

【医療費通知書の送付目的】

被保険者の医療機関等の適正受診(※1)や健康管理の気付きとすること。

(※1 受診していない医療機関等の内容が記載されていないか等の確認)

【注意事項】

1. 確定申告時における医療費控除の添付資料として、必要事項を満たした医療費通知書を活用することができます。(これにより、「医療費控除の明細書」の記入を一部省略することができます。)
2. 申出は、国民健康保険上の世帯主からの申出に基づくものとします。
3. 申出は、被保険者証番号ごとの適用となります。
(被保険者証番号が変わった場合には、再度申出がない限り、医療費通知書の発送停止は適用されません。)
4. 医療費通知書は、被保険者証番号ごとに作成されるため、個人ごとの発送停止はできません。
5. 世帯主から、医療費通知書の発送希望の申出があった場合には、発送停止を解除します。

申出にあたり、【医療費通知書の送付目的】と【注意事項】の内容を確認し、理解しました。

令和 年 月 日

世帯主氏名 _____

※ 世帯主本人が氏名を自署(自署ができない場合は記名・押印)してください。

受付印

担当者: _____

申出の内容に合致するものに○をつけて下さい。

記入例

国民健康保険医療費通知書 発送(停止・~~停止解除~~) 申出書

次の世帯の国民健康保険医療費通知書について、発送(停止・~~停止解除~~)してください。

		申出年月日	令和 X年 X月 X日
被保険者証 記号・番号	50-	申出者氏名 (世帯主)	国保 太郎
	0000000	電話番号	044-XXX-XXXX
住所	〒210-0857 川崎市 川崎区 宮本町 X 番地		
	A マンション101号室		

内容について、御了承いただいた場合は世帯主本人が氏名を自署(自署ができない場合は記名・押印)してください。御了承いただけない場合は申出を受け付けません。

【医療費通知書の送付目的】

被保険者の医療機関等の適正受診(※1)や健康管理の気付きとすること。

(※1 受診していない医療機関等の内容が記載されていないか等の確認)

【注意事項】

1. 確定申告時における医療費控除の添付資料として、必要事項を満たした医療費通知書を活用することができます。(これにより、「医療費控除の明細書」の記入を一部省略することができます。)
2. 申出は、国民健康保険上の世帯主からの申出に基づくものとします。
3. 申出は、被保険者証番号ごとの適用となります。
(被保険者証番号が変わった場合には、再度申出がない限り、医療費通知書の発送停止は適用されません。)
4. 医療費通知書は、被保険者証番号ごとに作成されるため、個人ごとの発送停止はできません。
5. 世帯主から、医療費通知書の発送希望の申出があった場合には、発送停止を解除します。

申出にあたり、【医療費通知書の送付目的】と【注意事項】の内容を確認し、理解しました。

令和 0年 0月 0日

世帯主氏名 _____

受付印

※ 世帯主本人が氏名を自署(自署ができない場合は記名・押印)してください。

担当者: _____