

## 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 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】

- 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。)
- 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。
- 申出は、被保険者番号ごとの適用となります。  
(被保険者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。)
- 医療費通知書は、被保険者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。
- 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: \_\_\_\_\_

**記入例**

申出の内容に合致するものに○をつけて下さい。

様式 4 号

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。

被保険者 記号・番号	50- <b>0000000</b>	申出者氏名 (世帯主)	<b>国保 太郎</b>
住所	〒210-0857 川崎市川崎区宮本町X番地 <b>Aマンション101号室</b>		
電話番号	<b>044-XXX-XXXX</b>		

**【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】**

- 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。)
- 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。
- 申出は、被保険者番号ごとの適用となります。  
(被保険者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。)
- 医療費通知書は、被保険者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。
- 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。

令和〇年〇月〇日

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: \_\_\_\_\_