

国民健康保険医療費通知書 発行申込書

次の世帯の国民健康保険医療費通知書の発行について、申し込みます。

		申込年月日	令和 年 月 日
被保険者 記号・番号	50-	申込者氏名 (世帯主)	
		電話番号	
住所	〒 -----		

作成を希望する期間	令和 年 月から 令和 年 月まで
-----------	-------------------

【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】

- 国民健康保険上の世帯主からの申込に基づくものとします。
- 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。) なお、医療費通知書を医療費控除の添付資料として活用することができるのは、必要事項を満たした医療費通知書に限ります。

申込にあたり、【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

受付印

担当者: _____

記入例

国民健康保険医療費通知書 発行申込書

次の世帯の国民健康保険医療費通知書の発行について、申し込みます。

		申請年月日	令和 <i>X</i> 年 <i>X</i> 月 <i>X</i> 日
被保険者 記号・番号	50- 0000000	申請者氏名 (世帯主)	国保 太郎
		電話番号	044-XXX-XXXX
住所	〒210-0857 川崎市川崎区宮本町<i>X</i>番地 Aマンション101号室		

作成を希望する期間 令和 年 月から 令和 年 月まで

内容について、御了承いただけた場合は世帯主本人が
(自署ができない場合は記名・押印)して下さい。
御了承いただけない場合は申込を受付できません。

【医療費通知書の送付目的】

レセフト保有期間であることを確認してください。

1. 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. 国民健康保険上の世帯主からの申込に基づくものとします。
 2. 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。) なお、医療費通知書を医療費控除の添付資料として活用することができるのは、必要事項を満たした医療費通知書に限ります。

申込にあたり、【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

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: