

医療費のお知らせ発行依頼書

下記のとおり、医療費のお知らせの発行を依頼します。

年 月 日

被保険者証 記号・番号	-
被保険者氏名	
住所	〒 - (TEL - -)

該当数字に○を付けてください。

発行を希望 する診療期間	1. 2023 年 12 月診療分
	2. 年 月診療分 ~ 年 月診療分

発行対象者	1. 世帯全員
	2. 対象者のみ (対象者氏名)

郵送、FAX又はメール(PDF)で提出してください。

提出先	〒105-0014
	東京都港区芝3丁目41-8
	駐留軍要員健康保険組合 医療調査係
	FAX 03-3451-3655
	Mail shinsei@chukenpo.jp