

# 医療費通知書発行願

北海道コンピュータ関連産業

健康保険組合様

被保険者証 記号\_\_\_\_\_番号\_\_\_\_\_

〒\_\_\_\_\_

住 所\_\_\_\_\_

被保険者氏名\_\_\_\_\_印\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_

つぎの期間について医療費通知書の発行をお願いいたします。

記

1. 発行対象者 \_\_\_\_\_ (続柄 : \_\_\_\_\_)

2. 受診期間 年 月 日 ~ 年 月 日

3. 医療費通知書の必要な理由

---

---