

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
