三協・立山健康保険組合　行

医療費通知発行依頼書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | 所属名 | |
| 株式会社 |  | |
| 健康保険証の記号・番号 | 被保険者氏名 | |
| 記号 　　番号 |  |  |

平成　　　年　　　月　　　日提出

　　医療費控除に使用する「医療費通知(平成30年1月～12月診療分)」の発行を

お願いいたします。

受付日付印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|  |  |  |