

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	
保険証の記号・番号	被保険者氏名
記号 番号	印

平成 30 年 月 日提出
医療費控除に使用する「医療費通知」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