

ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主任	担当		
資格取得日		平成	令和	年	月	日
資格喪失日		平成	令和	年	月	日
扶養認定日		平成	令和	年	月	日

ルネサス健康保険組合 御中

## 医療費通知発行願

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

**基本情報**

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号(右詰め)										フリガナ		生	昭和		平成	
記号												年	月	日		
社名(任継・特退の場合は記入不要)										被保険者氏名		日	年		月	
										従業員番号		日中の連絡先 電話番号				

**申請内容**

受領方法 (どちらか選択)	1. 下記住所へ書留送付    2. ルネサス健保(武蔵)にて受領 (以下の送付先は記載不要)
送付先 (原則として自宅住所)	〒    -
受取人氏名	受取人が被保険者以外の場合 続柄(    )
対象(受診)年度	令和    年    ~    令和    年
発行希望日	令和    年    月    日まで
用途	・医療費控除                      ・その他(    )

<注意事項>

- 直近2~3ヶ月以内の診療に関しては、医療費通知に記載されませんのでご注意願います。  
(医療機関から医療費情報が健保に届くまでに最短で2ヶ月要するため)
- 依頼日と発行希望日が近い場合は、発行が希望日より遅れる場合がありますので、予めご了承願います。
- システムの都合上、対象期間前に受診された情報が記載される場合があります。

<書類の送付先>

ルネサス健康保険組合 郵送:[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]  
社内便:[(む)ルネサス/ #H1S2/健保]

ルネサス健保で受領の場合

受領年月日            : 令和    年    月    日  
受領者サイン            :

健保通知発行

健保受付日付印