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)			被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和　平成　年　月　日
記号	番号					

社　名(任継・特退の場合は記入不要)	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＞

1.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)
2.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。
3.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