

この発行願は、公的機関(市区町村等)へ申請等が必要となった場合のみ利用できます。それ以外の理由での申請は出来ません。

ルネサス健保使用欄

決	常務理事	事務長	主任	担当
<p style="text-align: center;">健保使用欄です。記入しないでください。</p>				
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

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認の上、正確にご記入ください。

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 レイワ タロウ		生年 昭和 平成		
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	令和 太郎	年月日	50 年 1 月 1 日
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

証明書の受領方法 (どちらか選択)	① 下記住所へ送付(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)	〒 — 郵送希望の場合住所記載	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費控除 <input type="checkbox"/> 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ください。
(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