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

健保使用欄です。記入しないでください。

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）											被保険者氏名	フリガナ　レイワ　タロウ	生年月日	昭和　平成
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	6	7	令和　太郎		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	・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