

常務理事	事務長	次長	合議	担当者

医療費明細発行依頼書

令和 年 月 日

滋賀県農協健康保険組合理事長 様

(請求者)

住 所

氏 名

印

下記のとおり、健康保険医療費明細の申請をいたします。

記

記号	番号	被保険者氏名	被保険者生年月日	
			昭.平	年 月 日
被保険者 住 所				
事業所名				
証明期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで			
申請目的				

※医療費明細は提出された月の3ヶ月前までの明細しか発行できません。

※提出期限は毎月15日、発行は月末頃になります。

受付日付印