

常務理事	事務長	事務次長	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（被保険者）

住 所

氏 名

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				

※医療費明細は直近 3 ヶ月分は発行できません。
※提出期限は毎月 15 日、発行は月末頃になります。

