

医療費のお知らせ（医療費通知書）の送付依頼書

公立学校共済組合北海道支部長 様

下記の診療期間に係る医療費について、医療費通知書を送付願います。

診療期間 平成・令和 年 月分 から 平成・令和 年 月分 まで
 ※税法上の1年とは1月～12月です。（例. 令和5年分が必要な場合は令和5年1月分から令和5年12月分まで）
 マイナンバーカードと組合員証（被扶養者証）を紐づけしている場合は、令和4年分以降はマイナポータルからも入手することができますのでご活用ください。

※ 次のとおり依頼する診療期間により医療費通知書の発送日が異なりますのでご留意願います。

| 依頼する診療期間 | 医療費通知書発送予定日 |
|-------------|---------------|
| 当該年 10 月分まで | 翌年 1 月 10 日以降 |
| 当該年 11 月分まで | 翌年 2 月 10 日以降 |
| 当該年 12 月分まで | 翌年 3 月 10 日以降 |

令和 年 月 日

組合員記号番号 公立北海道 枝番 (00)

組合員氏名 _____ (印) ※自筆の場合は押印省略可

郵便番号 〒 —

住 所 (自宅) _____

電話番号 — — _____

既に認定取消になっている元被扶養者の医療費通知書の発行を希望する場合は、対象の方からの同意が必要になりますので、対象の方が同意欄に署名してください。

- 認定取消になっている元被扶養者の医療費通知書の発行を希望する。 _____
- 認定取消になっている元被扶養者の医療費通知書の発行を希望しない。

※□にチェックがない場合は、「発行を希望しない」ものとして取り扱います。

【同意欄】（認定取消されている元被扶養者が署名してください。）※自筆の場合は押印省略可

私は、以前扶養認定されていた組合員本人に医療費のお知らせ（医療費通知書）を送付することに同意します。

氏 名 _____ (印) 同意年月日 令和 年 月 日

氏 名 _____ (印) 同意年月日 令和 年 月 日

氏 名 _____ (印) 同意年月日 令和 年 月 日

【留意事項】

- 医療費のお知らせ（医療費通知書）は、医療機関から届いた診療報酬明細書（レセプト）などにに基づき作成しているため、医療機関などの事情により請求が遅れた場合など受診状況が医療費のお知らせ（医療費通知書）に反映されないものがあります。
- 公費負担医療・自治体などの各種医療助成を受けられた場合、最終的な自己負担額が正しく反映できないことがあるため、領収書の金額と異なる場合があります。
- 医療費のお知らせ（医療費通知書）は、特段の申し出がない限り、組合員及びその被扶養者分をまとめて組合員住所あて（親展扱い）で送付します。送付先を個別にするなどの申し出がある場合は、この送付依頼書の余白にその旨を記入してください。