

決裁年月日	年	月	日
-------	---	---	---

万代健康保険組合 様

常務理事	事務長	担当者	担当者

「医療費のお知らせ」再交付願

被保険者記号番号	—		
被保険者の氏名	(氏)	(名) ⑩	生年月日 昭和 年 月 日 平成
被保険者の住所	郵便番号	—	電話番号 — —
再発行対象年月	令和 年 月 ～ 令和 年 月		
送付希望先	1. 勤務先	2. 自宅※	3. その他(下記住所)※
	(送付先)		

※ 勤務先以外に送付を希望される場合は切手を貼付した返信用封筒を添付してください。

税務署へ確定申告するに当たり、領収書を紛失したため「医療費のお知らせ」の再交付をお願いします。

※ 確定申告で医療費控除を申告する際に、平成30年1月から医療費等の領収書の添付に代えて健康保険組合が発行する「医療費通知」を活用できるようになりました。当組合では毎年2月(1月～11月診療分)と3月(12月診療分)に分けて「医療費のお知らせ」を発行しておりますが、今後は、医療機関等に支払った際の領収書や「医療費通知」は大切に保管していただくようお願いします。