

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

被保険者証記号番号	—		
被保険者の氏名	(氏) _____ (名) _____ ⑨	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
被保険者の住所	郵便番号 _____	電話番号	_____ - _____
再発行対象年月	<input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
送付希望先	1.勤務先	2.自宅	3.その他(下記住所)
	(送付先)		

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。

※ 平成30年1月より、確定申告において医療費控除を申告する際、医療費等の領収書の添付に代え「医療費通知」を活用出来るようになりました。当健康保険組合では毎年2月(1月～11月診療分)と3月(12月診療分)に「医療費のお知らせ」を発行しますが、領収書や当該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。