

伺	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係	

## 「医療費通知」発行願

令和 年 月 日

神戸貿易健康保険組合 様

下記の「医療費通知」の発行をお願いします。

- 1 年間通知 (令和 年受診分)
- 2 半年分 (令和 年 月受診 ~令和 年 月受診分)
- 3 その他 (令和 年 月受診 ~令和 年 月受診分)

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

〒

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_