

常務理事	事務長	課長	係

新潟県農業団体健康保険組合 御中

「医療費のお知らせ」紙送付依頼書 (医療費控除申告用)

①被保険者証記号・番号		.
事業所	② 名称	
	③ 所在地	〒 —
被保険者	④ 氏名	
	⑤ 住所	〒 —
⑥紙送付を希望する理由		医療費控除申告に使用するため。
⑦紙送付を希望する期間 (下の※を参照)		令和 年 月 ~ 令和 年 月
⑧送付希望先		<input type="radio"/> 1. 事業所 <input type="radio"/> 2. 自宅

以上 申請します。

令和 年 月 日 提出

上記①～⑧を記入後、当依頼書を「新潟県農業団体健康保険組合 給付係」宛に郵送にてお送り下さい。

※紙送付を希望する期間は、1月から12月診療分の期間で必要な期間の記入をお願いします。ただし、12月診療分が含まれる場合は当組合が医療費を確認できるのが受診月より2ヶ月以降のため、翌年の2月下旬以降の送付を予定しております。

〈 お問い合わせ・送付先 〉
〒951-8117 新潟市中央区南横堀町294番地1
電話 025-222-7586
新潟県農業団体健康保険組合 給付係

受付年月日