

確定申告用

令和 年 月 日

埼玉県農協健康保険組合 御中

令和4年分「年間医療費のお知らせ」交付依頼について(申請書)

標記の件につきまして、下記のとおり交付をお願い致します。

記

保険証 記号一番号	-
被保険者氏名	(被保険者とは、本人の氏名です。家族(被扶養者)の氏名ではないのでご注意ください。)
発行理由	確定申告に利用するため
交付対象とする診療年月	令和4年1月～12月分
※備考	

※資格喪失者の方または任意継続被保険者の方で、加入時と住所が変更になっている場合は、備考欄に住所の記載をお願い致します。

以上

【申請にあたって】

この申請は、確定申告に必要な方に限ります。受診履歴が無い方等、不要な申請はお控えください。  
あくまでも確定申告に必要で、2月中に受け取りたい方のみとして下さい。

また、この申請により2月中旬以降「医療費のお知らせ」を受け取られても、3月上旬に受診履歴のある全世帯に送付致しますので、再度「年間医療費のお知らせ」がお手元に届くこととなります。