

伺	平成	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係	

「医療費通知」発行願

平成 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 (平成 年受診分)
- 2 半年分 (平成 年 月受診 ～ 年 月受診分)
- 3 その他 (平成 年 月受診 ～ 年 月受診分)

記号 _____ 番号 _____

〒

(申請者) 住所 _____

Tel _____

氏名 _____ (印)