


常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日

OTG健康保険組合 理事長 殿

「医療費のお知らせ」発行申請書

この申請書は、過去の「医療費のお知らせ」を発行するための申請書です。

被保険者証	記号	1 2	番号	3 4 5 6 7	被保険者氏名・押印 ※ 自ら署名した場合も必ず押印ください	<フリガナ> 健保 花子 
生年月日	昭和 平成 ○ 令和	年 ×	月 △	日	電話番号	×××-××××-××××
退職(予定)日	平成 ○ 令和	年 ×	月 △	日	日中連絡の取れる連絡先 携帯番号	×××-××××-××××

送付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 社内メール	所 属 部・店名	宛へ
※ 自宅郵送をご希望する場合は、宛先を記入の上、返信用封筒に切手を貼って同封してください。 ※ 手渡しを希望する場合は、身分証明書を持参ください。			

医療費のお知らせ	
※ 世帯全員の受診履歴が記載されます	
医療費のお知らせ	平成令和 ○年 ×月 診療分 ~ 平成令和 ○年 ×月 診療分

「医療費のお知らせ」送付先	
在籍者	被保険者住所 〒 123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×
退職者又は退職予定者	被保険者住所 〒 - <退職時に登録されている住所以外に郵送する場合に必要な添付書類> 被保険者氏名・送付先住所確認のため、以下①②のいずれか1点を添付してください。 ① 運転免許証のコピー（国際免許を除く。有効期限内のものに限る。氏名又は住所を変更された場合は両面とも必要） ② 住民票のコピー（本籍、マイナンバーは不要、発行日から6ヶ月以内のもの） ※ 上記書類と住所が異なる場合は、公共料金の領収書コピー（電気、都市ガス、水道、電話のいずれか。本人名義のもの）も添付 ※ OTG健康保険組合を資格喪失後に名字が変更になった場合は、戸籍抄本（発行日から6ヶ月以内のもの）も添付

申請書の提出先	〒 530-0001 大阪市北区梅田2丁目5番5号 横山ビル O T G 健康 保 険 組 合
---------	---

<個人情報の保護について> この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。