

＜給付課＞

常務理事	事務長	課長	係長	係

※下記のことにについて別紙のとおり証明してよろしいか伺います。

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 殿

医療費のお知らせ(医療費通知) 交付依頼書

以下の理由により、交付して下さるようお願いいたします。

被 保 険 者 等 の 記 号 ・ 番 号	記 号		番 号	
被 保 険 者 名				
交 付 内 容	年 月 ～ 年 月の医療費			
申 請 理 由				

令和 年 月 日

被 保 険 者 住 所 〒

電 話 番 号

被 保 険 者 氏 名



※上記に記入、押印をいただき、必ず、返信封筒(切手110円分貼付)を添付のうえ、ご提出ください。