常務理事	事務局長	業務部長	課長	担当者

医療費通知交付願

(確定申告医療費控除用)

被保険者証の記号・番号 及び被保険者氏名	記号・番号		被保険者氏名	
	-			
事業所名称				
住所	電話番号 ()			
希望交付期間	年 月 受診分 ~ 年 月 受診分 ※交付願提出日の3か月前の月までの間でご記載ください			
添付書類に○をしてください (いずれか1つ)	運転免許証の写し	パスポートの写し	マイナンバーカードの写し	

栃木県農協健康保険組合理事長 殿

上記について、医療費通知の交付を希望します。

年 月 日

被保険者氏名

㊞

【提出における留意事項】

- 本人確認書類として下記のいずれかの写しを必ず添付してください。
 - ・運転免許証
 - ・パスポート
 - ・マイナンバーカード
(いずれも現在有効のもの)
- 交付する医療費通知は被扶養者分も含まれます。

受付日付印