

# 「平成30年分 医療費のお知らせ」発行依頼書

大阪装粧健康保険組合 様

提出日 平成 年 月 日

記号・番号	・	事業所名称	
被保険者氏名	⑩	事業所所在地	TEL ( )
被保険者住所	〒		TEL ( )

～確定申告に使用される方へ～

これまでと同様に、医療費の領収書の添付等でも確定申告が可能です。

(注意事項)

- ・本人確認書類（運転免許証等の写し）を添付してください。
- ・個人情報をお届ける観点から、お手数ですが郵送料は申請者のご負担をお願いします。  
「レターパック」・「レターパックライト」により送付しますので、ご希望される郵送方法（「レターパックの場合510円分切手添付」・「レターパックライトの場合360円分切手添付」）の郵便切手（既定額以上の切手を添付されても返金いたしませんのであしからずご了承ください。）を「医療費のお知らせ」発行依頼書に添えて提出してください。なお、当健康保険組合の窓口での申請の場合には、「レターパック」・「レターパックライト」のいずれかをご持参ください。（現金での取り扱いは出来ませんのでご了承ください。）
- ・「医療費のお知らせ」を確定申告（医療費控除）に使用する際は、当健康保険組合が受け付けた診療報酬明細書等をもとに作成していますので、公費負担医療・自治体等の各種助成・減額査定、月遅れ請求などに反映されていないものもあり、記載されている額と実際に支払った自己負担額が一致せず、確定申告の手続きをする際に医療費の領収書を使用して実際に負担した額に訂正して申告いただく必要があります。
- ・「医療費のお知らせ」は、「診療報酬明細書」に基づき作成するため、2月末頃に世帯分をまとめて発行させていただきます。

詳しくは、申告される税務署へお問い合わせください。

※組合使用欄					処理欄	備考
常務理事	事務長	課長	係長	担当者		