

# 「令和元年分 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 令和 年 月 日

記号・番号	・	事業所名称	
被保険者氏名	_____ (印)	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（運転免許証やパスポート等の写し）を添付してください。
- ・郵送料は申請者をご負担してください。

個人情報をお届けする観点から、「レターパック」・「レターパックライト」により送付させていただきます。

ご希望される郵送方法、

- ・レターパックの場合、520円分切手を添付
- ・レターパックライトの場合、370円分切手を添付

いずれかを「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、既定額以上の切手を添付された場合は、返金いたしませんのであしからずご了承ください。  
また、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。)

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		