承認	常務理事	事務長	担当

健康保険　証明書発行申請書

被保険者氏名		資格情報	記号		番号	
（生年月日）	昭和・平成　　年　　月　　日					
（住所）	〒　　(電話　　)					

必要な証明書

各種医療費通知

＊保険診療を受けた月の３ヶ月後以降に発行されます。

＊医療費のお知らせを発行できるのは過去５年分までです。

☐ 医療費のお知らせ 令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月診療分

＊「健康マイポータル」を閲覧・印刷できない方のみ申請してください。

☐ その他　名称（内容）：

送付先

原則、申請書の送付元に返送します。

☐ 職場へ送付 *本社地区は社内メール便で、それ以外の地区は上記被保険者住所に郵送で送付します。

☐ 上記被保険者の住所宛て

上記のとおり、申請者（被保険者）に係る証明書の発行を申請いたします

令和　　年　　月　　日

事業所名

所属部署名

被保険者氏名 **(自署)**

ニコン健康保険組合　理事長　殿

申請書の送付先

郵　送：〒１４０－００１５　東京都品川区西大井１－7－11
　　ニコン健康保険組合　医療費通知発行係

社内メール： WS　　ニコン健康保険組合　医療費通知発行係

受付日付印

R8.11.1