

医療費通知交付申請書

年 月 日申出

(あて先) 立川市長

依頼者	氏名	生年月日 年 月 日
	住所	電話番号 - () -

以下のことを確認の上、次の者の、

年 月から 年 月診療分まで	申請月3か月前までの 診療月が交付できます
----------------	--------------------------

の医療費通知の交付を依頼します。

- 申請された医療費通知は、受診者宛に送付します。
- 令和6年12月診療分までの医療費通知の交付は、令和7年2月28日以降となります。
- 医療機関や柔道整復の施術所を受診された記録となります。
- 医療機関の請求遅れ等により期間中の医療費であっても記載されない場合があります。
- 医療費控除の申告に使用される場合は、記載されていない診療分はご自身で「医療費控除の明細書」を作成していただく必要があります。
- 医療費控除の申告の際には、医療費助成、高額療養費、高額介護合算療養費で補填された分の金額を差し引く必要があります。

記号番号	25- .	
通知を 交付する 被 保 険 者	1 氏名	生年月日 年 月 日
	2 氏名	生年月日 年 月 日
	3 氏名	生年月日 年 月 日
	4 氏名	生年月日 年 月 日

事務処理欄			
受付	窓口交付	台帳記載	発送

申請者確認書類	
免・マ・パ・在・他 ()	

本人確認書類	
免・マ・パ・在・他 ()	

受付印