保険医療機関受診履歴 一覧表作成依頼書	事務長	課　長	係　長	係　員

下記理由により、被保険者　【　　】
被扶養者　【　　】

にかかる　保険医療機関受診履歴一覧表　を作成いただきたく申請します。

1、作成を必要とする理由〔　　〕
2、希望する受診期間〔　　年　　月から　　年　　月までの受診記録〕

＊表記項目は以下のとおり
- ・診療年月
- ・続柄
- ・区分
- ・医療機関名称及び所在地
- ・総医療費

確認欄	
□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

※本人確認のため、組合の登録と異なる住所を送付先に指定する場合は必ず確認欄の□にチェックをしてください。

令和　　年　　月　　日

被保険者証の記号･番号		

送付先住所　〒　　－

連絡先　（　　）　　－

【注】この申請により発行される一覧表は、領収書及び医療費通知（医療費のお知らせ）の代わりとなるものではありませんのでご承知おき願います。

【提出先】郵送でお送りください。
〒453-0804
愛知県名古屋市中村区黄金通１丁目 18 番地　　愛鉄連健康保険組合　宛