常務理事	事務長		担　当

医療費通知発行依頼書

キオクシア健康保険組合宛　　依頼日：令和　　年　　月　　日

被保険者証記号	被保険者証番号	被 保 険 者 の 氏 名
		印
被　保　険　者　の　生　年　月　日		送付先住所（健康保険組合登録住所）
昭和 ・ 平成	年　　月　　日	〒 電話　　（　　）

発行依頼理由	下記理由により医療費通知書の書面発行をお願いします。 □ 退職によりWebでの閲覧ができない為 □ その他特別な事情で閲覧ができない為（具体的な内容を記入下さい） （　　）
発行依頼期間	年　　月　　～　　年　　月
備考	○送付先が登録住所以外の場合は、本人確認書類を添付して下さい。 公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日及び住所の記載があるもの。 例）運転免許証のコピー等
送付先	（株）バリューＨＲ　BPO健保事務処理センター　キオクシア健保係 〒151-0051　東京都渋谷区千駄ケ谷5-21-12　S-FRONT代々木ビル2F

受付日付印