

医療機関等受診記録交付申請書

保険証記号	2 4 -	保険証番号	
該当者氏名		昭和・平成・令和	年 月 日 生
		昭和・平成・令和	年 月 日 生
		昭和・平成・令和	年 月 日 生
		昭和・平成・令和	年 月 日 生
診療期間	平成・令和 年 月 から 平成・令和 年 月まで		
備考			
<p>八王子市長 殿</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり、医療機関等受診記録の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所：</p> <p style="text-align: center;">氏名：</p> <p style="text-align: center;">連絡先電話番号：</p>			

- 注意：
- ・ **太枠内のみ**記入してください。
 - ・ 記載する項目は、医科・歯科・調剤・訪問看護の診療年月、医療機関名、費用額、自己負担割合、自己負担額です。
 - ・ 医療機関からの診療報酬明細書（レセプト）をもとに作成しますので、実際に医療機関に支払った金額と異なる場合があります。
 - ・ 申請書の受付は**本庁舎保険年金課のみ**です。事務所ではお取り扱いできません。来庁いただくか、申請書を郵送してください。
 - ・ 受診記録はその場ではお渡しできません。一週間程度で住所地に郵送させていただきます。

申請先： 〒192-8501

八王子市元本郷町三丁目24番1号 1階12番窓口

八王子市医療保険部保険年金課給付担当 直通電話042-620-7235

** ** ** **

上記の申請について、別紙のとおり送付します。

課長	主査	課員	起案

送付日 令和 年 月 日