

## 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			
上記のとおり、医療機関等受診記録の交付を申請します。			
令和 年 月 日			
世帯主 住所： 〒 -			
氏名：			
連絡先電話番号：			

- 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  
 八王子市健康医療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