

※「医療費のお知らせ」の送付が必要の方は記入不要です。

※被扶養者が自筆

15 歳（中学 3 年生）以下の子ども、自筆できない被扶養者を除く

被扶養者「医療費のお知らせ」送付停止依頼書

以下 3 に記入した被扶養者の「医療費のお知らせ」の送付停止を依頼いたします。

年 月 日

1. 被保険者証 記号一番号： _____

2. 被保険者氏名： _____

3. 被扶養者氏名： _____

4. 上記被扶養者の親権者氏名： _____

※ 3 の被扶養者が 15 歳(中学 3 年生)以下の場合は、4 の親権者氏名も記入してください。

日本ヒューレット・パッカー健康保険組合殿

※本依頼書を提出する場合は、被扶養者 1 人に対して 1 枚の提出が必要です。

※一度本依頼書を提出しますと、今後当健保へ加入期間中に「医療費のお知らせ」が送付されることはありません。

※本依頼書の提出後に送付を希望する場合は、「被扶養者「医療費のお知らせ」送付開始依頼書」を当健康保険組合宛てにご提出ください。

詳しくは当健康保険組合のホームページ、医療費のお知らせのページをご確認ください。