

※本依頼書は一度「被扶養者「医療費のお知らせ」送付停止依頼書」を健保組合へ提出した方が記入する依頼書です。

※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」送付再開依頼書

以下3に記入した被扶養者の「医療費のお知らせ」送付の再開を依頼いたします。

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。

※本依頼書の提出後に送付停止を希望する場合は、「被扶養者「医療費のお知らせ」送付停止依頼書」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。