

2019年 年間医療費のお知らせ 発行申込書

パルグループ健康保険組合理事長 殿

申請日： 年 月 日

保険証 記号一番号	—	被保険者名	フリガナ
連絡先	自宅または携帯	TEL:	
自宅住所	〒		

※通知の送付先となりますので、建物名や部屋番号まで必ず記載ください。

< 発行の申し込みをされる際の注意点 >

◆「年間医療費のお知らせ」に掲載されるのは2019年1月～11月の医療費等についてです。 **12月分については医療機関等の領収書にてご対応ください。**

※「医療費のお知らせ」に掲載される医療費等は当健保に加入のあった期間分のみとなります。2019年中に他の健康保険に入っていた期間の医療費等については、加入されていた健保組合へお問合せください。

〔送付先・問い合わせ先〕

〒550-0002

大阪府大阪市西区江戸堀1丁目6番10号 肥後橋渡辺ビル6F パルグループ健康保険組合

TEL：06-6459-1685

◆「年間医療費のお知らせ」は2020年2月上旬ごろの発行を予定しております◆

受付日付印