令和　　年　　月　　日

# ②年間医療費のお知らせ交付依頼総括表

| | |
|---|---|
| 事業所記号 | |
| 事業所名 | |
| 所在地 | |
| 事業主名 | |
| 担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 交付依頼者数 | 名 |

年間医療費のお知らせについて交付を希望いたします。

注意事項

- 発送日は毎年１月中旬ごろ広報いたします。
  発送日より早期の発送を希望する場合は、特定記録+送料分の切手を貼付した返信用封筒もしくは返信用レターパックを添付の上、その旨を明記してご申請ください。
  やむを得ず提出期限経過後に申請する場合についても同様です。

- 事業所にまとめて郵送いたします。

東京都鉄二健康保険組合