

令和 年 月 日

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	
事業主名	
担当者名	
連絡先電話番号	
交付依頼者数	

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

- 発送は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