

「医療費のお知らせ」再交付申請書

※1枚あたり1,000円の再交付手数料が必要です。「取引明細書」等振込の確認できる書類を添付してください。

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 欄	記号番号	—	性別	男・女	住 所	〒	—	TEL	—	—	
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月		日					
	氏名	Ⓜ									
再 交 付 の 理 由	該当にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> き損、汚損したため <input type="checkbox"/> その他 { 必ず理由をご記入ください。					所属				TEL	
						(店名・ブランド名)				(勤務先)	
					発行を希望する 期間(年度)	年度分					

★再交付手数料等について

1枚あたり1,000円を下記口座までお振込ください。

三井住友銀行人形町支店 普通預金 No.480691

ルックグループ健康保険組合

- ・振込手数料はご本人負担となります。
- ・「取引明細書」等振込の確認できる書類を申請書に添付してください。
- ・自宅住所へ送付いたします。
- ・後日、医療費のお知らせが発見された場合でも、返金はいたしません。
- ・確定申告で医療費控除を申告する際の添付書類として利用できるのは平成29年度以降です。

常務理事	事務長	担当	

ルックグループ健康保険組合

(2020/12)