令和　　年　　月　　日

静岡県市町村職員共済組合理事長　　様

医療費通知書交付申請書

下記のとおり依頼しますので、発行願います。

１　組合員等記号：

・番号：

２　(元)組合員氏名：

３　生 年 月 日：

４　対象診療期間：令和　　年　　月～令和　　年　　月

５　送 付 先 住 所：〒　　－

６　申 請 理 由：

申請者氏名

【注意事項】

１　対象期間については、診療報酬支払基金からの請求の遅れ等により、当該期間の診療内容が含まれない場合があります。

２　令和３年１１月より、マイナンバーカードを利用したマイナポータルでの医療費通知情報の閲覧が開始され、この情報を活用して医療費控除の申告を行うことができることとなりました。

※「マイナポータル連携」を利用することにより、医療費通知情報のデータを取得することができます。詳細については、国税庁ホームページをご覧ください。

３　確定申告用医療費通知書は、平成３０年１月診療分以降が対象となります。