

平成 年 月 日

三菱マテリアル健康保険組合 御中

(依頼者)

保険証記号番号(—)

事業所名・所属

事業所所在地

連絡先電話番号(— —)

被保険者氏名 ⑩

「医療費のお知らせ」内容照会票

「医療費のお知らせ」をいただきましたが、下記事項につき回答願います。

記

1. 照会の内容

(1) 対象者氏名()、生年月日()

(2) 受診年月 平成 年 月 診療分

(3) 不明なところや回答してもらいたいこと等を具体的に記入してください。

金額に関する事(窓口負担等)

[]

受診日数に関する事

[]

記載内容に相違がある

[]

その他

[]

2. 照会の際の方法及び資料添付

問い合わせの場合、当健保より通知した「医療費のお知らせ」及び当該「領収書」をコピーの上、本「照会票」に添付、健保組合あて郵送願います。

3. 照会先

〒101-0047

東京都千代田区神田1-2-10 羽衣ビル 8階

三菱マテリアル健康保険組合 審査G (03-5217-1680)

※個人情報の取扱いについて

この照会票に記載されている個人情報は、この手続き等に関する業務に利用します。