

診療報酬明細書提供依頼書兼同意書（療養費等請求用）

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日提出

私又は私の被扶養者であった者（以下「受診者」という。）が貴組合の資格喪失後に貴組合の組合員証又は組合員被扶養者証を使用して受診した医療費について、受診者が新たに加入した医療保険者（以下「新医療保険者」という。）に療養費又は家族療養費の請求を行いますので、当該医療費に係る診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）を提供していただきますようお願いいたします。

なお、私は貴組合から提供を受けるレセプトが封入・封緘された封書について、これを絶対に開封せず新医療保険者に提出すること及び同封書を目的外には使用しないことを誓約します。

組合員又は元組合員	フリガナ				性別	生 年 月 日		
	氏 名				男・女	昭和 平成	年 月 日	生
	住 所	〒	□□□□	—	□□□□□□	TEL	()	
		都道 府県		郡市 区				
	組合員証記号番号	□	□	□	□	□	□	□

	送 付 先	受 取 方 法 等					
指定送付先 (いずれかの番号に○印を付してください。)	1 所属所共済組合担当課へ郵送	※勤務先での受け取り					
	2 組合員の自宅へ郵送	※自宅での受け取り					
	3 組合員が指定した者へ郵送	※新医療保険者へ直送 ※下欄に記入してください。					
	新保険者の名称及び所在地等		受取者（新保険者の職員）				
	〒	□□□□	—	□□□□□□	TEL	()	
	〔所在地〕				部 課 署 名		氏 名
	〔名 称〕						

私のレセプトを上記の指定送付先あてに送付することに同意します。

令和 年 月 日

フリガナ 受診者氏名 (元被扶養者)	〔 生年月日 生 〕
フリガナ 受診者氏名 (元被扶養者)	〔 生年月日 生 〕

※氏名欄は、それぞれご本人が必ず自署してください。
 ※受診者が未成年者等の場合は、法定代理人等(父母等)が受診者名を代筆してください。