

書類の提出先：被保険者→花王健保(茅場町)

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	担当者

# 記入例

## 医療費のお知らせ（紙版）発行申請書

インターネット環境がないため以下のとおり、医療費のお知らせ（紙版）の発行を申請します。

被 保 険 者	氏 名	花王 太郎	被保険者証 記号・番号	1	123456
			氏名コード		123456
	住 所	〒 555 - 5555 千葉県柏市柏333-33			
申請期間		西暦 2020 年 1 月 ~	西暦 2020 年		12 月

### 【申請方法】

花王健康保険組合まで、郵送、社内便、FAX、またはメール添付にてご提出ください。

- 郵 送 : 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-13-12 花王健康保険組合 医療費WEB係 宛
- 社内便 : 茅場町 花王健康保険組合 医療費WEB係 宛
- F A X : 03-3660-7689
- M A I L : kaoiryuhiweb@kao.com

### 【紙版発行のお知らせ】

- 医療費のお知らせ（WEBサービス）の閲覧可能期間と同様の**2年間分**となります。
- 診療月の3か月後から記載されます。

申請書受理後、医療費のお知らせ（紙版）は、個人情報のため申請書記載の被保険者宅宛に簡易書留で郵送いたします。

【お問合せ】 花王健康保険組合：茅場町

TEL:03-3660-7681

FAX:03-3660-7689

MAIL:kaoiryuhiweb@kao.com

健保受付印	健保処理印	健保確認印