

常務理事	事務長	事務長代理	チーフ	係

令和 年 月 日

オートボックス健康保険組合理事長 殿

年間医療費通知交付申請書

被保険者証記号番号	
被保険者氏名	
被保険者住所	〒
連絡先電話番号	

上記のとおり年間医療費通知（令和3年1月～令和3年11月診療分）交付を申請します。

オートボックス健康保険組合