

年間「医療費のお知らせ」発行申請書

【申請者記入欄】

申請日	年 月 日			
健康保険被保険者証 記号一番号	記号		番号	
被保険者氏名	Ⓜ ←自署の場合は押印省略可			
被保険者生年月日	年 月 日			
所属部署（在籍者のみ）				
所属部署（在籍者のみ）連絡先				
日中繋がる電話番号	※健保組合より連絡が入る場合があります			
住 所	〒			
「年間医療費のお知らせ」の使用目的				

※マーキュリー健康保険組合では「医療費のお知らせ」は世帯まとめて発行いたします。発行対象者に関してご事情がある場合はマーキュリー健康保険組合までご連絡ください

注) 個人情報保護法では、個人情報取扱事業者（当健保を含む）は、あらかじめ、本人の同意を得ないで、個人情報を第三者に提供してはならないとされています。従って、例えば、民間保険会社、職場、学校等の第三者から健康情報等の照会があった場合には、本人の同意を得ないで第三者に個人データを提供することはありません。しかし、被保険者にとって利益となるものや医療費通知などの現行通知方法を変更することにより、健保組合の負担が膨大である上、明示的な同意を得ることが必ずしも本人にとって合理的であるとはいえない内容については、被保険者等から特段明確な反対・保留の意思表示がない場合には、これらの個人情報の利用について黙示による包括的な同意が得られているものとして取り扱ってよいこととされています。

発行日付	常務理事	事務長	担当	担当
年 月 日				

受付印

NO.