

常務理事	事務長	事務長代理	係	係

平成 年 月 日

オートバ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（1月～11月診療分）の交付を申請します。

オートバックス健康保険組合