

■令和7年11月受診分までの医療費通知を希望される方（12月受診分については領収書でご対応ください）

お受け取りについては、月曜日から金曜日までに健康保険組合で受付したものを翌週木曜日からお渡しいたします。

個別にお受け取りのご連絡はいたしませんので、ご自身でアクアコート7階の健保事務所へお受け取りにお越しください（休職中でご自宅まで郵送を希望される場合は、余白にその旨をご記入ください）。

令和 8 年 〇 月 〇 日

証 明 願

がん研究会健康保険組合 殿

〒111-1111

住 所 東京都江東区〇〇1-2-3

被保険者氏名(自署) 健保 太郎

被保険者電話番号 03-1234-5678 内線番号 (1234)

被保険者の記号番号 記号 1 番号 1234 または職員 ID 5678

事業所の名称 公益財団法人がん研究会

証明書の種類 医療費のお知らせ（医療費通知）

注) 当組合では、医療費通知は世帯まとめて通知いたします。

証明期間 令和 7 年 1 月 ~ 令和 7 年 11 月受診分

証明書の目的 確定申告に使用するため

※個人ごとに証明希望の方は、証明が必要な方の氏名・生年月日を下記にご記入ください。

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。

なお、「医療費のお知らせ」については、被保険者本人だけでなく、家族の方にかかわる事項となりますので、家族の方も対象となります。当健保では、事項について包括的な合意を得たこととして取扱います。