

<事業主担当者経由>

三井化学健康保険組合 御中

申請日 \_\_\_\_\_  
事業主名 \_\_\_\_\_  
保険証番号 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 医療費通知における紙通知申請書

私は、職場、プライベートの双方において、パソコンや携帯電話などを  
使用できる状況にはなく、インターネットを利用できないため、紙による医  
療費通知等の実施を希望します。

以上

(ご注意)

- ①紙通知の対象者は、原則として職場、プライベート双方において、パソコン、携帯電話等を使用できない方に限定させていただきますので、ご理解をお願いします。
- ②紙通知を実施している期間は、Webでの閲覧はできませんので、ご注意下さい。