

## 給付関係証明申請書

## 【注意事項】

- 「給付証明書」については、**診療月の3ヶ月後以降の発行**となります。  
(例：12月診療分 → 翌年3月下旬以降に発行)
- 提出日と発行希望日が近い場合、希望日に発行できないことがありますのでご了承ください。
- 確定申告に必要な書類については、**税務署**にお問い合わせください。

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日	備 考		
	被保険者証 記号・番号	記号	番 号	被保険者 氏 名	(フリガナ)
	事業所 (会社)名称	※任意継続および特例退職の方は記入不要です		所属・電話	(TEL : )
	被保険者 住 所	(TEL : ) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください			
	医療費に 関する証明	<input type="checkbox"/> 医療費に対する給付金を確認するため、「給付証明書」の発行を希望 証明対象期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月 診療分			
		<input type="checkbox"/> 市区町村等への提出書類に、健保組合の証明が必要 (例：医療費助成の申請) → 市区町村等の指定用紙を添付してください			
	その 他の証明	<input type="checkbox"/> 療養費(立替払い・治療用装具)に関する証明 証明対象期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月 給付分 対象者氏名 続柄			
		<input type="checkbox"/> 傷病手当金に関する証明 申請期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月			
		<input type="checkbox"/> その他 証明を受けたい 内容			
証明対象期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月 給付分 対象者氏名 続柄					
証明書の 使用目的					
発行希望日	令和 年 月 日 まで				
証明書の 送付先	〒 -				
※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です	受取人 氏名	被保険者 との続柄	受取人 連絡先	TEL :	

※証明書等は、「簡易書留」にて送付いたします。

常務理事	事務長	主任	担当

証明書発行

受付日付印