

健保組合使用欄

常務	部長	課長	係長	係	公印使用

医療費証明書交付申請書

千葉県医業健康保険組合 様

「医療費証明書の申請にかかる留意事項」を確認のうえ、以下のとおり医療費証明書を申請いたします。

申請年月日 令和 年 月 日

1. 被保険者

被保険者証	記号	番号
被保険者氏名	<input type="checkbox"/> ※自署の場合は、押印を省略できます。	
生年月日	昭和・平成	年 月 日
住所	〒 —	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	

2. 使用目的 (□に✓を入れてください)

- ア. 医療費控除 イ. その他 ()
 ※ () 内に交付理由をご記入ください。

3. 証明が必要な期間 (□に✓を入れてください)

- ウ. 令和4年分 (令和4年1月～11月)
 [当組合では、令和4年11月診療分までの証明となります。
 令和4年12月分については、医療機関等からの領収書でご確認ください。]
- エ. その他 (平成 年 月 ～ 平成 年 月)
 [証明できる直近の診療月は、本書を受理した月の3か月前までとなります。
 (例) 令和4年4月1日受付 ⇒ 令和3年12月診療分まで証明可能]

4. 被扶養者 (被保険者証の記号番号が同じ者に限ります)

被保険者以外の「医療費証明書」も交付を希望される場合、下記の同意欄に希望される被扶養者の氏名を、それぞれ自署でご記入ください。ただし、未成年の被扶養者分については、代筆可能です。

被扶養者同意欄	私は、被保険者が「医療費証明書」の交付申請に係る一切の手続きを行うことに同意します。			
	氏名 (自署)		氏名 (自署)	
	氏名 (自署)		氏名 (自署)	
	氏名 (自署)		氏名 (自署)	

(受 付 印)
