

記入例(医療費の証明が必要な場合)

K-501 P (P)

日立健康保険組合 御中

給付関係証明申請書

【注意事項】

1. 「給付証明書」については、**診療月の3ヵ月後以降の発行**となります。
(例：12月診療分 → 翌年3月下旬以降に発行)
2. 「給付証明書」以外の証明書については、**発行の準備が整い次第、順次送付いたします。**
3. 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。**

※本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)

1	提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	備考	
	被保険者等 記号・番号	記号 1 0 0 0	番号 1 0 0 0 0 0 0 0	被保険者名 (フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇	所属・電話	〇〇課 (TEL: 000-000-0000)
	被保険者 住所 (TEL)	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL: 000 - 000 - 0000)	※任意継続および特例退職の方は記入不要です ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください	
2	医療 に関する証明	<input checked="" 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		
	証明内容 (いずれかに ✓)	<p>12月診療分についての証明は、翌年3月下旬以降に発行できます。 2月中に発行を希望する場合は、「11月診療分まで」の証明となります。</p> <p>証明対象期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月 給付分</p> <p>留意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 給付証明書は、被扶養者を含む世帯全員について発行します。 尚、医療機関名は表示されないため、確定申告における「医療費控除の明細書」としては使用できません。 事業所の診療所・病院で受診し給与控除された分の領収書は、健保組合では発行できません。受診された診療所・病院 または 事業所 へお問い合わせください。 		
3	証明書の 使用目的	医療費についての証明が必要なため		
4	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。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」の他に、別途医療費についての証明が必要なとき

◆ **記入要領 (記入例の番号と照合してください)**

- ① 健保組合へ申請書を送付する日を記入してください。
- ② □にチェック(✓)を付け、証明対象期間を記入してください。
- ③ 証明書の使用目的を記入してください。
- ④ 被保険者の住所と異なる場合にのみ記入してください。

◆ **送付先**

健保組合に送付してください。
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛
なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

記入例(健保組合の証明が必要な場合)

K-501 P (P)

日立健康保険組合 御中

給付関係証明申請書

【注意事項】

1. 「給付証明書」については、**診療月の3ヵ月後以降の発行**となります。
(例：12月診療分 → 翌年3月下旬以降に発行)
2. 「給付証明書」以外の証明書については、**発行の準備が整い次第、順次送付いたします。**
3. 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。**

※本枠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)

1	提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	備考	
	被保険者等 記号・番号	記号 1 0 0 0	番号 1 0 0 0 0 0 0 0	被保険者名 (フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇	所属・電話	〇〇課 (TEL: 000-000-0000)
	被保険者 住所 (TEL)	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL: 000 - 000 - 0000) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください		
2	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 checked="" 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 (いすれかに✓)	<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 _____		
3	証明書の 使用目的	〇〇市へ乳幼児医療費助成の申請をするため		
4	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。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

市区町村等への提出書類に、健保組合の証明が必要なとき

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- ① 健保組合へ申請書を送付する日を記入してください。
- ② □にチェック(✓)を記入してください。
- ③ 証明書の使用目的を記入してください。
- ④ 被保険者の住所と異なる場合にのみ記入してください。

◆ 添付書類

市区町村等の指定用紙

◆ 送付先

健保組合に送付してください。

〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

記入例(療養費に関する証明が必要な場合)

K-501 P ()

日立健康保険組合 御中

給付関係証明申請書

【注意事項】

1. 「給付証明書」については、**診療月の3ヵ月後以降の発行**となります。
(例：12月診療分 → 翌年3月下旬以降に発行)
2. 「給付証明書」以外の証明書については、**発行の準備が整い次第、順次送付いたします。**
3. 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。**

※本枠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)

1	提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	備考	
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	(フリガナ) ケンボ マサミ
		1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0		被保険者 氏名
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇		所属・電話
被保険者 住所 (TEL)	〒 000 - 0000			
	〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL : 000 - 000 - 0000) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください			
被 保 険 者 記 入 欄	医療費に 関する証明 証明内容 (いずれかに ✓)	<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		
2	<input checked="" type="checkbox"/> 療養費(立替払い・治療用器具)に関する証明 <input type="checkbox"/> 傷病手当金に関する証明 <input type="checkbox"/> その他	証明対象期間 平成・令和 年 5 月 ~ 平成・令和 年 月 給付分 対象者氏名 健保 真 続柄 子		
申請期間 平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月				
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				
3	証明書の 使用目的	医療費助成の申請のため		
4	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。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

療養費(立替払い・治療用器具)に関する証明が必要なとき

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- ① 健保組合へ申請書を送付する日を記入してください。
- ② □にチェック(✓)を付け、証明対象期間・対象者氏名・被保険者からみた続柄を記入してください。
- ③ 証明書の使用目的を記入してください。
- ④ 被保険者の住所と異なる場合にのみ記入してください。

◆ 送付先

健保組合に送付してください。
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛
なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

記入例(傷病手当金に関する証明が必要な場合)

K-501 P (P)

日立健康保険組合 御中

給付関係証明申請書

【注意事項】

1. 「給付証明書」については、**診療月の3ヵ月後以降の発行**となります。
(例：12月診療分 → 翌年3月下旬以降に発行)
2. 「給付証明書」以外の証明書については、**発行の準備が整い次第、順次送付いたします。**
3. 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。**

※本枠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	1	提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	備 考		
		被保険者等 記号・番号	記号 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0	番号 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	被保険者 氏 名	(フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美
		事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇 <small>※任意継続および特例退職の方は記入不要です</small>		所属・電話	〇〇課 (TEL : 000-000-0000)
		被保険者 住 所 (TEL)	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL : 000 - 000 - 0000) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください			
	2	被 保 険 者 記 入 欄 の 証 明 内 容 (い ず れ か に ✓)	<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 <input type="checkbox"/> 療養費(立替払い・治療用器具)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 checked="" type="checkbox"/> 傷病手当金に関する証明 申請期間 平成・令和 年 1 月 ~ 平成・令和 年 2 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 _____			
	3	証明書の 使用目的	療養見舞金の申請のため			
	4	証明書の 送付先 <small>※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です</small>	〒 _____	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。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

傷病手当金に関する証明が必要なとき

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- ① 健保組合へ申請書を送付する日を記入してください。
- ② □にチェック(✓)を付け、申請期間を記入してください。
- ③ 証明書の使用目的を記入してください。
- ④ 被保険者の住所と異なる場合にのみ記入してください。

◆ 送付先

健保組合に送付してください。

〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。