

常務理事	事務長	部長	課長		担当者

「医療費の証明」発行願

被保険者等 記号－番号	－	被保険者氏名	
住 所	〒	連絡先	()
証明書の 送付先	〒		(<input type="checkbox"/> 同上)
証明書の 使用目的			
証明期間	令和	年	月～令和
			年
			月診療分

上記について証明書の交付をお願いいたします。

令和 年 月 日提出

※ 被保険者が押印されない場合は、に✓を記入してください。

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

【注意事項】

- ・ 返信用封筒(110円切手を貼ったもの)を添付してください。
- ・ 医療機関等からの請求の関係上、申請日の3ヵ月前までの証明となります。

受付日付印

(例 : 申請年月日 = 令和6年12月
証明可能期間 = 令和6年9月診療分まで)