|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 部　長 | 課　長 |  | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |

「医療費の証明」発行願

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号－番号 | － | 被保険者氏名 | 　 |
| 住所 | 〒　　 　－　　　　　　　　　連絡先 　　　　　（　　　　　　） |
| 　 |
| 証明書の送付先 | 〒　　 　－　　　　　　　　 |
| （□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 | □ |  被保険者本人が記入したものである。 |
| □ |  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(84円切手を貼ったもの)を添付してください。**

受付日付印

・**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。**

　　例：申請年月日＝令和5年12月

　　　　証明可能期間＝令和5年9月診療分まで