

医療費助成証明 申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記 号				番 号								
	被保険者 氏 名						生 年 月 日	S・H	年	月	日			
	住 所													
	所 属	事業所(会社)名 社内 TEL												
	助成対象者氏名						生年月日	S・H・R	年	月	日			
	証 明 書	・療養費支給証明書等 (市区町村発行の様式 有 ・ 無) ※ 有の場合は、様式添付												
	証明が必要な 診療月	年 月 診療分												
	都道府県市区町村名 担当課・TEL	都・道・府・県				市・区・町・村 区								
	担当課				TEL - -									
※事業所 記入欄	所 属	事業所名						事業所 担 当 受 付 印						
		部 課												
	担当者名					TEL (MIND)								

※「本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。」

【注意事項】

1. 給付証明してほしい診療月の、医療機関に支払った領収書の写しと様式（1医療機関・1ヶ月ごとの）を必ず添付してください。
2. 証明と同時に療養費の精算が必要な場合は、「高額療養費・付加給付精算申請書」も併せて申請してください。