

【記入例】

受付年月日 年 月 日

原本証明依頼書(領収書)

パナソニック健康保険組合 様

※太枠で囲んだところをすべてご記入ください。

被保険者証の記号・番号		記号	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	7	
被保険者本人	フリガナ	ケンポ タロウ					生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 47年 11月 27日 <input type="checkbox"/> 平成					
	氏名	健保 太郎											
対象者 (被保険者と同一の場合は省略)	フリガナ	ケンポ ヤスコ					生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 49年 5月 5日 <input type="checkbox"/> 平成					
	氏名	健保 保子											
	被保険者との続柄	妻					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女					
送付先	在籍事業所の人事健保担当者(在職者のみ)となります。												
依頼理由	<input checked="" type="checkbox"/> 確定申告で使用するため <input type="checkbox"/> その他(具体的に) ( ) ※ 市区町村等の医療費助成申請は原本証明不要です。ご自身でコピーを取ってください。												
1	診療年月	平成 27年 11月分											
	請求時の書類	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 保険証不携帯及び手続き中 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 埋葬料 <input type="checkbox"/> その他( )											
2	診療年月	平成 27年 12月分											
	請求時の書類	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input checked="" type="checkbox"/> 保険証不携帯及び手続き中 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 埋葬料 <input type="checkbox"/> その他( )											
3	診療年月	平成 年 月分											
	請求時の書類	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 保険証不携帯及び手続き中 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 埋葬料 <input type="checkbox"/> その他( )											
上記のとおり原本証明を依頼します。													
平成 28年 1月 5日			被保険者 氏 名 健保 太郎					連絡先 090 ( 〇〇〇〇 ) ××××					
							健保記入	送付年月日			担当者		

※「原本依頼証明書」は、領収書添付の請求書と合わせてご提出願います。また、やむを得ず後日依頼される場合は、請求書等を出された月から3ヵ月以内のものに限ります。