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**			**番号**							
被保険者本人	フリガナ				**生年月日**	☐昭 和 ☐平 成　年　月　日						
	氏名											
対象者 **（被保険者と同一の場合は省略）**	フリガナ				**生年月日**	☐昭 和 ☐平 成　年　月　日						
	氏名											
	被保険者との続柄				**性別**	☐ 男　☐ 女						
送付先	ご登録の被保険者本人の住所となります。											
依頼理由	☐ 確定申告で使用するため ☐ 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　　年　　月分										
	請求時の書類	☐ 治療用装具　☐ 保険証不携帯及び手続き中　☐ 海　外　☐ 埋葬料　☐ その他（　　）										
2	診療年月	平成　　年　　月分										
	請求時の書類	☐ 治療用装具　☐ 保険証不携帯及び手続き中　☐ 海　外　☐ 埋葬料　☐ その他（　　）										
3	診療年月	平成　　年　　月分										
	請求時の書類	☐ 治療用装具　☐ 保険証不携帯及び手続き中　☐ 海　外　☐ 埋葬料　☐ その他（　　）										

上記のとおり原本証明を依頼します。

平成　　年　　月　　日

被保険者 氏　　名　　㊞

連 絡 先　　（　　）

	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。