



常務理事	検 印	担 当

領収書原本証明依頼書

被保険者（申請者）記入用

※市区町村等への医療費助成請求に原本証明は不要です。ご自身で領収書のコピーを取り請求してください。

記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

記入日 令和 年 月 日

記号	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日								
10		(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日		
			<input type="checkbox"/> 平成								
			<input type="checkbox"/> 令和								
対象者 ①	氏 名		生年月日			性別	続柄				
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日		
			<input type="checkbox"/> 平成								
			<input type="checkbox"/> 令和								
			<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 女				
対象者 ②	依 頼 理 由										
	<input type="checkbox"/> 確定申告で使用するため <input type="checkbox"/> その他(具体的に) []										
	該 当 年 月			申 請 した療養費の種類							
	年	月	分	~	年	月	分	<input type="checkbox"/> 治療用装具	<input type="checkbox"/> 立替払い	<input type="checkbox"/> 海外	<input type="checkbox"/> 埋葬料
				<input type="checkbox"/> その他 []							
対象者 ③	氏 名		生年月日			性別	続柄				
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日		
			<input type="checkbox"/> 平成								
			<input type="checkbox"/> 令和								
			<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 女				
対象者 ④	依 頼 理 由										
	<input type="checkbox"/> 確定申告で使用するため <input type="checkbox"/> その他(具体的に) []										
	該 当 年 月			申 請 した療養費の種類							
	年	月	分	~	年	月	分	<input type="checkbox"/> 治療用装具	<input type="checkbox"/> 立替払い	<input type="checkbox"/> 海外	<input type="checkbox"/> 埋葬料
				<input type="checkbox"/> その他 []							

※「領収書原本証明依頼書」は、領収書添付の申請書と併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、申請書等を提出された月から3カ月以内に限りです。提出先は、在籍事業所の人事手続き窓口となります。

<p>・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。</p> <p>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。</p> <p>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。</p>	<p>本件問合せに必要ですので、必ず記入してください</p> <p>本件問合せ連絡先</p> <p>部署・担当者名</p> <p>電話連絡先</p>
<p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主(代理人)氏名</p> <p>事業所コード()</p>	

健保承認印	健保受付印

領収書原本証明依頼書

被保険者（申請者）記入用

※市区町村等への医療費助成請求に原本証明は不要です。ご自身で領収書のコピーを取り請求してください。

記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

記入日 令和 年 月 日

記号	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日						
10		(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日
			<input type="checkbox"/> 平成						
			<input type="checkbox"/> 令和						
対象者 ①	氏名		生年月日			性別		続柄	
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日
			<input type="checkbox"/> 平成						
			<input type="checkbox"/> 令和						
			<input type="checkbox"/> 男						
		<input type="checkbox"/> 女							
依頼理由									
<input type="checkbox"/> 確定申告で使用するため <input type="checkbox"/> その他(具体的に) []									
該当年月					申請した療養費の種類				
年 月分 ~ 年 月分					<input type="checkbox"/> 治療用装具	<input type="checkbox"/> 立替払い	<input type="checkbox"/> 海外	<input type="checkbox"/> 埋葬料	
					<input type="checkbox"/> その他 []				
対象者 ②	氏名		生年月日			性別		続柄	
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日
			<input type="checkbox"/> 平成						
			<input type="checkbox"/> 令和						
			<input type="checkbox"/> 男						
		<input type="checkbox"/> 女							
依頼理由									
<input type="checkbox"/> 確定申告で使用するため <input type="checkbox"/> その他(具体的に) []									
該当年月					申請した療養費の種類				
年 月分 ~ 年 月分					<input type="checkbox"/> 治療用装具	<input type="checkbox"/> 立替払い	<input type="checkbox"/> 海外	<input type="checkbox"/> 埋葬料	
					<input type="checkbox"/> その他 []				

※「領収書原本証明依頼書」は、領収書添付の申請書と併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、申請書等を提出された月から3カ月以内に限りです。提出先は、在籍事業所の人事手続き窓口となります。

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

本件問合せに必要ですので、必ず記入してください
本件問合せ連絡先
部署・担当者名
電話連絡先

事業所所在地
事業所名称
事業主(代理人)氏名
事業所コード()

健保承認印	健保受付印