

正 副

記入例

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 3 年 5 月 1 日

記号	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日
10	1 2 3 4 5 6 7	(フリガナ) ケン ポ タ ロウ 健保太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 6 3 1 1 2 2
対象者①	氏名	生年月日	性別 続柄
	(フリガナ) ケン ポ ハナ コ 健保花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 2 0 4 1 8	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 妻
	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) []		
該当年月	申請した療養費の種類		
R.2年 2 月分 ~ R.2年 4 月分	<input checked="" 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 <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。

事業所記入欄

被保険者は記入しないでください

健保承認印	健保受付印