



常務理事	検 印	担 当

領収書原本証明依頼書

退職者（申請者）記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日		
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏 名	(フリガナ)					<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
	住 所	(〒 -)						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()						

対象者情報	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） ()			
	診療年月	申請した療養費の内容		
	年 月分	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 保険証不携帯 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 埋葬料 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診療年月	申請した療養費の内容			
年 月分	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 保険証不携帯 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 埋葬料 <input type="checkbox"/> その他 ()			
診療年月	申請した療養費の内容			
年 月分	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 保険証不携帯 <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。				
年 月 日		被保険者(申請者)氏名 _____		
		連絡先 () _____		

※ 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。

※「領収書原本証明依頼書」は領収書添付の申請書と合わせて
ご提出願います。
また、やむを得ず後日依頼される場合は、申請書等を出された
月から3か月以内のものに限ります。

健保受付印	健保送付日