

記入例

F

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	
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9 1	1 2 3 4 5 6 7	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	0 3	0 4	0 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保太郎				
	住所	(〒 000 - 0000)	大阪府 守口市	〇〇町1丁目△-△			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (6992) 0000						

対象者情報	氏名	生年月日	性別	続柄	
	(フリガナ) ケンポ ヤスオ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 年 1 0 月 1 2 3 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	健保康夫	依頼理由			
	<input type="checkbox"/> 確定申告で使用するため				
	<input checked="" type="checkbox"/> その他（具体的に）（ 〇〇県 〇〇市 の医療助成を受けるため ）				
	診療年月	申請した療養費の内容			
令和〇〇年〇〇月分	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input checked="" 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。					
〇〇年〇〇月〇〇日		被保険者(申請者)氏名 健保太郎			
		連絡先 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			

※ 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