

健保給付金支払証明書申込書 (兼証明書発行控)

申込日 年 月 日

会社名

※ 送付先が勤務先の場合は、
会社名、所属部署を記入してください。

所属部署

被保険者番号

御名前

性別

内線番号

(8-****-****)

※送付先が自宅の場合は、送付先住所を記入してください。

〒 電話番号

証明書対象者 NO ※該当する数字を記入してください。

- ① 家族全員
- ② 本人のみ
- ③ その他 (特定の続柄、医療機関など)

証明希望期間

※該当する年,月を記入してください。

①平成・令和 年 1 月 ~平成・令和 年 月 受診分→受診月の3か月以降に発行

②その他 ※該当する年を記入してください。

<健保使用欄>

証明書発行年月日
年 月 日

証明書番号

担当者 印