

常務理事	事務長	適用主任	担当者

## 療養給付費証明願

1. 被保険者等記号番号 (記号) (番号)

---

2. 被保険者氏名 (氏名) (生年月日) 昭和・平成  
年 月 日

---

3. 対象者氏名 (氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和  
年 月 日

---

(氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和  
年 月 日

---

(氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和  
年 月 日

---

(氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和  
年 月 日

---

(氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和  
年 月 日

---

4. 証明対象期間 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日

---

5. 使用目的

---

---

---

---

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

以上のとおり、療養給付費について証明をお願いします。  
なお、被扶養者の証明については全員の同意を受けています。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

電 話

- -