

常務理事	事務長	適用主任	担当者

間違えた場合は、二重線で訂正し
余白に正しいものを記入して下さい。
※修正ペン・修正テープ使用不可

【記入のポイント】

- ①被保険者等記号番号
被保険者証または資格情報のお知らせ、資格確認書に記載されています。
- ②被保険者氏名
被保険者氏名、生年月日をご記入ください。
- ③対象者氏名
証明が必要な方全員の氏名、生年月日をご記入ください。
- ④証明対象期間
証明が必要な期間をご記入ください。
- ⑤使用目的
詳細にご記入ください。
- ⑥被保険者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

※状況に応じて追加の書類を依頼、または健保より確認の連絡をする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

【記入例】療養給付費証明願

1. 被保険者等記号番号	(記号)	999	(番号)	9999
--------------	------	-----	------	------

2. 被保険者氏名	(氏名)	健保 太郎	(生年月日) 昭和・平成	58 年 12 月 31 日
3. 対象者氏名	(氏名)	健保 太郎	(生年月日) 昭和・平成・令和	58 年 12 月 31 日
	(氏名)	健保 花子	(生年月日) 昭和・平成・令和	31 年 12 月 1 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 6 年 〇 月 〇 日～平成・令和 6 年 〇 月 〇 日
-----------	-------------------------------------

5. 使用目的	医療費控除に必要のため

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。

6	令和 6 年 〇 月 〇 日
住 所	千葉県習志野市△△ 〇-〇-〇
氏 名	健保 太郎
電 話	012 - 3456 - 7890