

健康保険関係証明書交付申請書(給付関係)

証明書 交付日	令和	年	月	日
------------	----	---	---	---

課長	課長補佐	係長	係

被保険者等記号番号	記号	番号	
被保険者氏名			
交付対象者	氏名	続柄	
希望する証明書等	1. 本人一部負担還元金・家族療養費付加金支給証明書 (平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月分) 2. 本人・家族高額療養費支給証明書 (平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月分) 3. 医療費のお知らせ (平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月分) 4. その他() (平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月分)		
申請理由			

上記のとおり、証明書の交付を申請いたします。	
令和 年 月 日	〒
被保険者 (申請者)	住所 氏名
連絡先 (— —)	

※この申請書を提出する際には、本人確認のため「運転免許証」や「マイナンバーカード」などの被保険者本人の顔写真がわかるものの写しを添付してください。それらの添付が困難な場合は、「住民票」などの公的な証明書を添付してください。 R7.1

また、被保険者以外の代理の方が申請する場合は、その方の身元確認書類及び被保険者との関係性がわかる書類を添付してください。