

証 明 願

証明内容・事由・提出先 *該当項目に必要事項をご記入下さい。

(1) 医療費の助成に関する証明内容

対象者名	健保 拓也		
診療年月	平成・令和 ××年 × 月 診療から 平成・令和 ××年 × 月 診療まで		
内 容	☐ 一部負担還元金 ☐ 家族療養費付加金 ☒ 高額療養費 ☒ 付加金の内容（規約等） ☐ 現金給付（治療用装具） ☐ 現金給付（立替） ☐ その他〔 〕		
証明する 用紙の有無	☒ 無 ☐ 有（証明願に添付して下さい）		
提出先	□□□ 市・区・町・村役所、健保組合、協会けんぽ		

(2) 医療費の控除（確定申告）に関する証明内容 ※医療機関に支払う一部負担金等の証明ではありません。

診療年月	平成・令和 年 月 診療から 平成・令和 年 月 診療まで		
提出先	税務署		

*医療機関等からの請求が2ヵ月後となることから、前年1月診療から12月診療までの証明が必要となる場合は、翌年3月初旬に証明書発行となります。

(3) 資格喪失後の医療費返還に関する証明内容

対象者名			
返還金額	円	振込日	平成・令和 年 月 日 振込
提出先	市・区・町・村役所、健保組合、協会けんぽ		

健保受付日付印

(4) その他に関する証明内容

☐ 出産育児一時金不支給証明書

※母子健康手帳にある出生届出済証明書の写しを添付して下さい。

☐ その他（ ）

上記について証明をお願いします。

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

令和 ××年 ××月 ××日

右枠内の①・②を確認の上、確認欄□にレ点(チェック)を記入してください

確認欄
(チェック)

この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。

① 申請者本人が作成したものである

② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者証 の記号番号	記 号	番 号	フリガナ	ケンボ タロウ
	×××	×××××	被保険者氏名	健保 太郎
事業所名 (所属部署)	日本たばこ産業(株) △△△部			連絡先(勤務先)
				××(××××) 1111
被保険者住所	〒 ××××-××××			連絡先(自宅)
	〇〇市〇〇区△△町2-1			××(××××) 3333