

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								
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	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、確認欄口(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 被保険者氏名	ケンボ タロウ 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	〒 ××××-×××× 〇〇市〇〇区△△町2-1			連絡先(自宅) ××(××××) 3333