

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

[illegible]

(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	健保 もも子		
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、確認欄口に レ点(チェック)を記入してください		確認欄		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。	
		(チェック)		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	〒 × × × × - × × × × × ○○市○○区△△町2-1			連絡先(自宅)	
				× × (× × × ×) 3333	