

# 健康保険給付費支給証明願

全国健康保険協会群馬支部長 殿

支給金額等の証明をお願いします。

年 月 日

郵便番号 (〒 ー )	
住 所	
被保険者氏名 (請求者) <span style="float: right;">印</span>	
電話番号	
被保険者証記号・番号	
受給者氏名	
給付種別	
支払期間	
申請理由	

※記入例をご確認のうえ、ご記入ください。

受付日印

(記入例)

## 健康保険給付費支給証明願

全国健康保険協会群馬支部長 殿

支給金額等の証明をお願いします。

申し出を行う日を記入してください。

年 月 日

郵便番号 (〒 - )	
住 所	
被保険者氏名 (請求者)	被保険者様の郵便番号・住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。 印
電話番号	
① 被保険者証記号・番号	※ 被保険者様の保険証の記号・番号を記入してください。また、記号・番号が不明な場合は、給付を受けていた当時の勤務先名称を記入してください。
② 受 給 者 氏 名	※ 健康保険給付の対象者氏名を記入してください。(被保険者本人の場合には、「本人」と記入してください。)
③ 給 付 種 別	※ 証明を希望する給付の種類。(下記の記載要領を参照ください。)
④ 支 払 期 間	※ 請求した健康保険給付の支給期間。(下記の記載要領を参照ください。)
⑤ 申 請 理 由	※ 申請理由を詳細に記入してください。

○申請には、本人確認書類が必要となります。

※運転免許証(写)、パスポート(写)等、顔写真付きの本人確認書類を添付してください。

○申請は、被保険者様以外はできません。

○給付時点から住所を変更されている場合、住所変更の確認が必要となります。

※運転免許証裏書(両面写)、住民票(原本)等、住所変更履歴が確認できる書類を添付してください。

### (記載要領)

③ 給付種別	④ 支払期間
・療養費 (立替払)	・診療年月(支給期間) (記載例:〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日)
・療養費 (海外療養費)	
・療養費 (治療用装具)	
・療養費 (生血)	
・高額療養費	・診療月 (記載例:〇〇年〇〇月)
・傷病手当金	・療養のため休んだ期間(支給期間) (記載例:〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日)
・出産手当金	・出産のため休んだ期間(支給期間) (記載例:〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日)
・出産育児一時金	・出産した年月日 (記載例:〇〇年〇〇月〇〇日)
・埋葬料(費)	・死亡した年月日 (記載例:〇〇年〇〇月〇〇日)