

# 健康保険 給付 証明 願

※ この申請書は、既に支給決定された健康保険給付金の内容等に関する証明書が必要な場合にご利用ください。

記入年月日 年 月 日

楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	記号・番号 (左づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名 (フリガナ)					
住所 (送付先)	(〒 - )	市 町				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	区 村				

記号番号が不明の場合は、「加入当時の情報」を記入ください。

※この欄は、記号・番号が不明の場合にご記入ください。

加入当時の情報	加入当時の氏名 (現在の氏名と同じ場合は、記入の必要がありません。)	※氏名が変更になっている場合は、氏名の変更が確認できる書類をご添付ください。				
	加入当時の住所 (現在の住所と同じ場合は、記入の必要がありません。)	(〒 - )				
	加入当時の事業所名称					
	加入当時の事業所所在地					

今回、証明が必要な項目についてご記入ください。

証明が必要な項目	理由 (いずれかに○をご記入ください。2.3の場合はカッコ内をご記入ください。)	1. 支給決定通知を紛失したため。 2. ( )に提出するため。 3. その他( )
	給付種別 (いずれかに○をご記入ください。)	1. 傷病手当金 2. 出産手当金 3. 出産育児一時金(差額・内払含む) 4. 埋葬料(費) 5. 療養費(立替払・治療用装具) 6. 高額療養費
	期間 (いずれかに○をご記入ください。2.3の場合はカッコ内をご記入ください。)	1. 全期間 2. ( 年 月 日) に支払われた給付金について 3. ( 年 月 日 ~ 年 月 日分) として申請した給付金について