|  |
| --- |
| 証 明 書 作 成 伺 |
|  |  |  | 業務課長 | 業務係長 | 係 員 |
|  |  |  |  |  |  |
| 下記被保険者より証明依頼がありましたので証 明 し て よ ろ し い か 。 |
| 証 明 願 　被保険者【　　　　　　　　】下記理由により 　被扶養者（対象者全てを記入してください）　　　　　　　　　　　　　　　【　　　　　　　　　　　　　　　　】につきまして 【　　　　　】に証明いただきたく申請いたします。記1. 証明を必要とする理由

〔 〕1. 医療機関名 ( )
2. 診療月分 （ 平・令 年 月 分 ）
3. 療養の給付又は療養費

 〔 〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号･番号 |  |  |

 令 和 年 月 日 愛鉄連健康保険組合理事長殿 　　証明書等の送付先は【事業所・被保険者】の住所にお願いします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（希望郵送先へ○を付してください。）**　　　　　　　　　　　　　被保険者住所 〒　　　　－　　　　 被保険者氏名  　　　　　　　　連絡先 ( ) －　　　　　　　 |

（令和1年5月1日　改）