|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）