

健康保険 証明書等発行(再発行)依頼書

被保険者等 記号・番号	記号:	被保険者氏名	
	番号:		
生年月日	☐ 昭 和 ☐ 平 成 年 月 日		
事業所名称			
発行(再発行)を希望する該当書類に ☒			
※給付金支給決定通知書・医療費通知書については健康マイポータルでご確認いただけます。			
☐ 1. 給付金支給決定通知書			
【期 間】 令和 年 月 ～ 令和 年 月分 ※通知書の発行は原則受付月より遡って5年間です			
☐ 2. 医療費通知書			
【期 間】 令和 年 月診療分 ～ 令和 年 月診療分 ※通知書の発行は原則受付日より遡って5年間です			
☐ 3. 傷病手当金 残日数証明書			
発行理由			
受取方法	☐ 事業所経由		
	☐ 以下の依頼者住所に郵送 ※住所・氏名を記載し、 <u>320 円切手(特定記録郵便代)</u> を貼付した返信用封筒、または返信用レターパック を同封してください。		
上記のとおり書類の発行(再発行)を依頼します。			
令和 年 月 日			
住 所	_____		
氏 名	_____ 被保険者との続柄 ()		

[注意事項]

- ・依頼受付時点において健康保険組合で確認できる医療費が対象となり、データ未到着のものや、法令・通達等で定められた保存年数及び時効を超過した医療費については発行できませんので予めご了承ください。
- ・依頼者の身元確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、在留カード等)のコピーを同封してください。
- ・登録や申出等により閲覧が制限されている被扶養者の情報は通知できません。
- ・個人情報の取り扱いについては HP 等に掲載している個人情報保護方針・プライバシーポリシーを閲覧いただき、同意された上で申請をお願いします。

受付日印