

|      |     |     |     |   |
|------|-----|-----|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 係 長 | 係 |
|      |     |     |     |   |

## 医 療 費 証 明 書 交 付 願

※返信用封筒に切手を貼付して提出ください。

|             |             |                         |
|-------------|-------------|-------------------------|
| 被保険者証の記号－番号 | 被 保 険 者 氏 名 | 生 年 月 日                 |
| —           |             | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 |

|                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| 交 付 対 象 者 氏 名   |                           |
| 送 付 先 住 所       | 〒<br><br>TEL              |
| 証 明 期 間         | 自 平成・令和 年 月 ～ 至 平成・令和 年 月 |
| 証 明 書 の 使 用 目 的 |                           |

注)証明期間は、診療費の請求が2ヶ月遅れのため、申請月の2ヶ月前を目安にしてください。  
注)証明は、個人情報保護の観点から、個人個人で医療費証明書交付願を申請してください。  
注)証明書は、必ず返信用封筒に切手を貼付して、提出してください。

上記の理由により、証明書の交付をお願いします。

埼玉県医師会健康保険組合 殿

令和 年 月 日

交付対象者氏名

【提出先】

〒330-0062

埼玉県さいたま市浦和区仲町3-5-1

埼玉県医師会健康保険組合

TEL 048(832)7882

／ 受付日付印