

<注意>

この発行願は、公的機関(市区町村等)へ申請等が必要となった場合のみ利用できます。それ以外の理由での申請は出来ません。

ルネサス健保使用欄

	常務理事	事務長	主任	担当	
決					
健保使用欄です。記入しないでください。					
資格喪失日	平成	令和	年	月	日
扶養認定日	平成	令和	年	月	日

ルネサス健康保険組合 業務係 御中

給付証明書発行願

記入例

提出日 令和 ○ 年 月 日

基本情報

枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)							被保険者氏名		フリガナ	レイウ タロウ	生年月日	昭和 平成
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7	令和 太郎	50年 1月 1日
事業所名(任継・特退の場合)							保険証を確認の上、正確に記入してください。		連絡先			
社名									日中の連絡先 電話番号			
ルネサスエレクトロニクス							12345678		814-1234		03-1234-5678	

申請内容

証明書の受領方法(どちらか選択)	<input checked="" type="radio"/> 1. 下記住所へ書留送付 2. ルネサス健保(武蔵)にて受領(以下の送付先は記載不要)
証明書の送付先(原則として自宅住所)	〒 <input type="text"/> 郵送希望の場合は住所を記入してください。
区分(選択ください)	給付月 <input type="text"/> 診療月(医療機関に受診した月)
証明対象期間	平成 令和 2 年 1 月 ~ 平成 令和 2 年 5 月
希望項目(選択ください)	<input checked="" type="radio"/> 1. 全項目 2. 項目限定 [<input type="text"/>]
本証明書の使用目的(確定申告の理由は不可)	提出先 市役所 目的: 医療費助成申請
発行希望日	令和 年 月 日まで
証明対象者	・被保険者のみ ・全員 <input checked="" type="radio"/> 証明対象者限定
証明対象者限定の場合	対象者氏名 令和 二郎 続柄 二男

<注意事項>

- 診療月で証明希望の場合は、診療月の3ヶ月後の証明となります。(例:12月診療の場合は翌年3月以降となります。)
- 依頼日と発行希望日に近い場合は、発行が希望日より遅れる場合がありますので、予めご了承願います。
- 医療費控除の確定申告をする為の証明書は発行していません。(医療機関の領収書原本がないと申告出来ない為)

<書類の送付先>

ルネサス健康保険組合 郵送: [〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

社内便: [(む)ルネサス / #H1S2 / 健保]

ルネサス健保で受領の場合

受領年月日 : 令和 年 月 日
受領者サイン :

健保証明書発行

健保受付日付印