※組合使用欄

マネジャー	ｱｼｽﾀﾝﾄﾏﾈｼﾞｬｰ	ﾁｰﾑﾘｰﾀﾞｰ	スタッフ

証明書等交付依頼書

被保険者情報	被保険者等記号・番号（※1）	記号　　番号 ―	被保険者氏名 生年月日	（フリガナ） 昭・平・令　　年　　月　　日
	被保険者の現住所(※2)	〒□□□－□□□□	日中連絡のとれる電話番号	自宅　－　－ 携帯　－　－
	備考			
	本人確認欄	□　この申請書を作成したのは申請者本人（被保険者）です　**※忘れずに☑を記入ください**　※3		

証明依頼内容	対象者の氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	続柄	
	希望する証明書等 ※該当する番号に○、必要項目に〇および記入	**1．領収書原本証明書（ＴＪＫに提出した領収書原本と相違ない旨の証明書）** ・　療養費　（立替払等・治療用装具・小児用眼鏡・はり灸・あん摩マッサージ） ・　その他　（　　） 〔領収書の領収年月日〕平・令　　年　　月　　日～平・令　　年　　月　　日				
		2．市区町村等の所定書式への高額療養費・付加金等の証明 ※市区町村等から交付された記入用紙を添付してください				
		3．保険給付金等支払証明書（ＴＪＫから支給された給付金の支払証明書） □　傷病手当金　（支給期間・支給日数・支給金額・傷病名・その他＿＿＿＿） □　その他　（　　）				
		4．提出済み請求書の写し（ＴＪＫに提出した請求書の写しが必要なとき） □　傷病手当金　（請求期間：平・令　　年　　月　　日～平・令　　年　　月　　日） □　その他　（　　）				
		5．その他の証明書 具体的に証明内容を記入（　　）				
	使用目的	□　自治体の医療費助成に使用するため □　その他　（　　）				
	提出先	□　（　　）市・区・町・村 □　その他　（　　）				

※1　すでに資格を喪失し記号と番号が不明の方は、備考にお勤めされていた事業所名称をご記入ください。

※2　証明書は「被保険者の現住所」へ記載されたご住所へ送付します。

※3　被保険者以外の方が申請するときは、☑を記入せず被保険者本人および代理人のマイナンバーカード・資格情報のお知らせ・資格確認書いずれかの写しを添付してください。

受付日付印

令和　　年　　月　　日　上記のとおり証明書の交付を依頼します。

依頼書提出先 （郵送・窓口）	〒102-8017　東京都千代田区富士見1-12-8　ＴＪＫプラザ 東京都情報サービス産業健康保険組合　給付グループ宛 **03-3239-9817**　平日9：00～17：00　（祝日・年末年始を除く）

窓口でご提出いただいた場合はお預かりし作成でき次第、郵送での交付となります。