

※組合使用欄

マネジャー	アシスタントマネジャー	チームリーダー	スタッフ

証明書等交付依頼書

被 保 険 者 情 報	健康保険証の 記号と番号 (※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)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -
	備考			
	本人確認欄	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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○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） <input type="checkbox"/> 傷病手当金（支給期間・支給日数・支給金額・傷病名・その他_____） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 傷病手当金（請求期間：平・令 年 月 日～平・令 年 月 日） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自治体の医療費助成に使用するため <input type="checkbox"/> その他（ 					
提出先	<input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 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。

受付日付印

※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の健康保険証(写し)を添付ください。

上記のとおり証明書の交付を依頼します。

令和 年 月 日

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プラザ口 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。