※裏面【注意事項】をお読みのうえご提出ください。
※ボールペン等消えない筆記用具でご記入ください。
鉛筆、消えるボールペン（フリクション等）は不可です。

常務理事	事務長	課長	係員

（健保使用）

給付関係証明書交付等依頼書

ＳＧホールディングスグループ健康保険組合　理事長殿　　依頼日　　年　　月　　日

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	事業所名称	
	氏名・印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 印		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
	住所	〒　　－		日中連絡のとれる電話番号	－　　－

証明等依頼内容	対象者の氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	証明書の種類	**1．医療費に対する給付金の支給証明書** 証明対象期間：平・令　　年　　月　～　平・令　　年　　月　診療分		
		2．市区町村等への提出書類に証明が必要 →　市区町村等の指定用紙を添付してください。		
		3．その他 具体的に内容を記入（　　）		
	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（　　）		

備考欄	

受付印

【提出先】

〒600-8411

京都府京都市下京区水銀屋町637　第五長谷ビル9階

ＳＧホールディングスグループ健康保険組合　給付担当宛

R6.12改訂

【注意事項】

1. 証明書の送付先は、原則、ご自宅（当健康保険組合の登録住所）へお送り致します。
2. すでに資格を喪失している方が依頼される場合、被保険者であった方の身分証明証（運転免許証のコピー等）を添付してください。
3. すでに資格を喪失し、被保険者証の記号・番号が不明の場合は、お勤めされていた事業所名称を「事業所名称」欄に必ずご記入ください。社員番号を覚えておられる場合は、「備考欄」にご記入ください。
4. 資格喪失後に氏名変更されている場合は、戸籍謄（抄）本（新・旧の氏名が記載されているもの）の原本、運転免許証（新姓の裏書があるものの両面コピー、または旧姓が併記されている面のコピー）のいずれかを添付してください。