

※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)

記入例

給付関係証明書交付等依頼書

S G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 9999	番号 999999	事業所 名称	〇〇〇〇株式
	氏名・印	(フリガナ) ケンコウ ヨシオ 健康 良夫		生年 月日	昭・平
	住所	〒 999 - 9999 京都府京都市下京区〇〇〇町1-1 〇〇マンション101号			日中連絡のとれる電話番号 090 - 9999 - 9999

被保険者の情報をご記入のうえ、押印してください

証 明 等 依 頼 内 容	対象者の 氏名	健康 咲	生年 月日	昭・平	4年11月12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 4年11月～平・令 年				
		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	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> (下京) 市・区・町・村 <input type="checkbox"/> その他（					

高額療養費や付加給付金の証明で自治体独自の用紙がない場合など

スポーツ共済に申請するなど

①以外の給付金の支給決定通知書の再交付など

備 考 欄	
-------------	--

単身赴任の方で、現住所でなく実家へ送付を希望される場合は、「備考欄」に「単身赴任のため自宅へ郵送希望」とご記入のうえ、郵便番号、住所、をご記入ください。
宛名は被保険者名に限ります。

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
 S Gホールディングスグループ健康保険組合 給付担当宛