

短期給付金支給証明発行申請書
 医療費返還請求に係る受領証明発行申請書

組合員氏名		組合員証番号							
対象者氏名	(組合員との続柄:)								
証明内容	<p><input type="checkbox"/> 高額療養費、一部負担金払戻金及び家族療養費附加金に関する証明 (和暦) (年 月 ~ 年 月 診療分)</p> <p><input type="checkbox"/> 補装具等の購入や病院で10割負担した際の療養費及び家族療養費に関する証明 (和暦) (年 月 ~ 年 月 診療分) <補装具等購入の場合は、以下も記入してください> (和暦) 購入日 年 月 日 金額 円</p> <p><input type="checkbox"/> 整骨院や鍼灸マッサージの施術を受けられた際の療養費及び家族療養費に関する証明 (和暦) (年 月 ~ 年 月 施術分)</p> <p><input type="checkbox"/> 傷病手当金及び傷病手当金附加金に関する証明 (和暦) (年 月 ~ 年 月 分)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療費返還請求に対する請求額受領に関する証明 (和暦) (受診年月 年 月 ~ 年 月 返還金額 円)</p> <p><input type="checkbox"/> その他短期給付金に関する証明 (和暦) (年 月 ~ 年 月 分) 給付金種別)</p> <p>※証明できるのは支給済みの短期給付金のみです。</p>								
使用目的									
提出先									
備考									

上記の証明書の発行を申請します。

日本郵政共済組合 共済センター長 様
(和暦) 年 月 日

請求者 郵便番号
住 所
氏 名

昼間連絡先 TEL

()

短期給付金支給証明発行申請書
 医療費返還請求に係る受領証明発行申請書

組合員氏名	共済 三郎	組合員証番号	0	1	8	7	6	2	3	4
対象者氏名	共済 みらい (組合員との続柄:		子)							
証明内容	<input type="checkbox"/> 高額療養費、一部負担金払戻金及び家族療養費附加金に関する証明 <small>(和暦)</small> (年 月 ~ 年 月 診療分)									
	<input type="checkbox"/> 補装具等の購入や病院で10割負担した際の療養費及び家族療養費に関する証明 <small>(和暦)</small> (年 月 ~ 年 月 診療分) <small><補装具等購入の場合は、以下も記入してください></small> <small>(和暦)</small> 購入日 年 月 日 金額 円									
	<input type="checkbox"/> 整骨院や鍼灸マッサージの施術を受けられた際の療養費及び家族療養費に関する証明 <small>(和暦)</small> (年 月 ~ 年 月 施術分)									
	<input type="checkbox"/> 傷病手当金及び傷病手当金附加金に関する証明 <small>(和暦)</small> (年 月 ~ 年 月 分)									
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費返還請求に対する請求額受領に関する証明 <small>(和暦)</small> (受診年月 令和3 年 1 月 ~ 令和4 年 1 月 返還金額 円)									
	<input type="checkbox"/> その他短期給付金に関する証明 <small>(和暦)</small> (年 月 ~ 年 月 分) 給付金種別)									
	<p>※証明できるのは支給済みの短期給付金のみです。</p>									
使用目的	療養費の請求をするため									
提出先	〇〇市役所 国保年金課									
備考										

上記の証明書の発行を申請します。

日本郵政共済組合 共済センター長 様

(和暦)
令和4 年 1 月 1 日

請求者 郵便番号 000-0000
住 所 東京都世田谷区代田1-□□-△△

氏 名 共済 三郎

屋間連絡先 TEL 03-0000-1111

(ゆうせい共済郵便局)