

診療報酬明細書

健康保険組合 給付等証明書交付申請書
付加給付制度

被保険者番号 9 9 9 9 9 9 9	※被保険者(申請者)氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 昼間連絡先 TEL(03) 9999 -9999 ※被保険者が自署の場合 押印不要			
証明を受ける者(受診者)の氏名 (生年月日)	(フリガナ) ケンポ ダイスケ 健保 大輔 (S H R 5 年 10 月 1 日生)	受診年月		平成 31 年 2 月受診
		受診年月		平成 31 年 3 月受診
		受診年月		平成 31 年 4 月受診
		受診年月		令和 元 年 5 月受診
証明を受ける者(受診者)の氏名 (生年月日)	(フリガナ) (S H R 年 月 日生)	受診年月		年 月受診
		受診年月		年 月受診
		受診年月		年 月受診
		受診年月		年 月受診
申請理由	<p>① 返還した医療費分を新しい保険者へ請求するため。 ② 市区町村における医療費助成金請求に必要なため。 ③ NTT健康保険組合以外の保険者へ出産育児一時金等の請求するため。 ④ 他の機関へNTT健康保険組合の付加給付制度証明を提出するため。 ⑤ その他(入金証明書)</p> <p>※申請の際は、新しい保険者に入金証明書の要否を必ずご確認のうえ、申請下さい。 ※入金証明書が必要な場合は、5にも○をつけて下さい。不要な場合は記入不要です。</p>			
市区町村医療費請求時における請求の種類 (申請理由2の時)	1: 医療費	出産一時金の不支給証明の時 (申請理由3の時)	他保険者指定の用紙がありますか	1. いいえ 2. はい
	2: 治療用器具		出産年月日	年 月 日
3: 鍼灸				

添付書類	申請理由が 「2」のとき <input type="checkbox"/> 市区町村へ提出する給付証明書 <input type="checkbox"/> 市区町村へ提出する付加金給付制度証明書 「3」のとき <input type="checkbox"/> 他保険者指定の用紙があるとき <input type="checkbox"/> 他保険者の出産育児一時金不支給証明の用紙
------	--

(送付先住所)

被保険者(申請者)記入欄	
〒 100-0000	
東京都〇〇区〇〇1-1-1	
〇〇〇パレス 707号	
健保 太郎	

健康保険組合 処理欄	受付	審査	[一次]	[二次]	処理

健康保険組合 診療報酬明細書 給付等証明書交付申請書
付加給付制度

被保険者番号 9 9 9 9 9 9 9	※被保険者(申請者)氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 昼間連絡先 TEL(03) 9999 -9999 ※被保険者が自署の場合 押印不要			
証明を受ける者(受診者)の氏名 (生年月日)	(フリガナ) ケンポ イチコ 健保 一子 (S H R 29 年 10 月 1 日生)	受診年月		平成 31 年 1 月受診
		受診年月		平成 31 年 2 月受診
		受診年月		年 月受診
		受診年月		年 月受診
証明を受ける者(受診者)の氏名 (生年月日)	(フリガナ) (S H R 年 月 日生)	受診年月		年 月受診
		受診年月		年 月受診
		受診年月		年 月受診
		受診年月		年 月受診
申請理由	1. 返還した医療費分を新しい保険者へ請求するため。 2. 市区町村における医療費助成金請求に必要なため。 3. NTT健康保険組合以外の保険者へ出産育児一時金等の請求するため。 4. 他の機関へNTT健康保険組合の付加給付制度証明を提出するため。 5. その他(入金証明書) ※申請の際は、新しい保険者に入金証明書の要否を必ずご確認のうえ、申請下さい。 ※入金証明書が必要な場合は、5にも○をつけて下さい。不要な場合は記入不要です。			
市区町村医療費請求時における請求の種類 (申請理由2の時)	1. 医療費 2: 治療用器具 3: 鍼灸	出産一時金の不支給証明の時 (申請理由3の時)	他保険者指定の用紙がありますか	1. いいえ 2. はい
			出産年月日	年 月 日

添付書類	申請理由が 「2」のとき <input checked="" type="checkbox"/> 市区町村へ提出する給付証明書 <input type="checkbox"/> 市区町村へ提出する付加金給付制度証明書 「3」のとき <input type="checkbox"/> 他保険者指定の用紙があるとき <input type="checkbox"/> 他保険者の出産育児一時金不支給証明の用紙
------	---

(送付先住所)

被保険者(申請者)記入欄	
〒	100-0000
	東京都〇〇区〇〇1-1-1
	〇〇〇パレス 707号
	健保 太郎

健康保険組合 処理欄	受付	審査	[一次]	[二次]	処理

健康保険組合 診療報酬明細書 給付等証明書交付申請書
付加給付制度

被保険者番号	※被保険者(申請者)氏名			
	(フリガナ)			
	昼間連絡先 TEL()		※被保険者が自署の場合 押印不要	
証明を受ける者(受診者)の氏名 (生年月日)	(フリガナ)	受診年月	年 月 受診	
			年 月 受診	
			年 月 受診	
			年 月 受診	
	(S H R 年 月 日生)		年 月 受診	
証明を受ける者(受診者)の氏名 (生年月日)	(フリガナ)	受診年月	年 月 受診	
			年 月 受診	
			年 月 受診	
			年 月 受診	
	(S H R 年 月 日生)		年 月 受診	
申請理由	1. 返還した医療費分を新しい保険者へ請求するため。 2. 市区町村における医療費助成金請求に必要なため。 3. NTT健康保険組合以外の保険者へ出産育児一時金等の請求するため。 4. 他の機関へNTT健康保険組合の付加給付制度証明を提出するため。 5. その他(入金証明書) ※申請の際は、新しい保険者に入金証明書の要否を必ずご確認のうえ、申請下さい。 ※入金証明書が必要な場合は、5にも○をつけて下さい。不要な場合は記入不要です。			
市区町村医療費請求時における請求の種類 (申請理由2の時)	1: 医療費	出産一時金の不支給証明の時 (申請理由3の時)	他保険者指定の用紙がありますか	1. いいえ 2. はい
	2: 治療用装具		出産年月日	年 月 日
3: 鍼灸				

添付書類	申請理由が 「2」のとき <input type="checkbox"/> 市区町村へ提出する給付証明書 <input type="checkbox"/> 市区町村へ提出する付加金給付制度証明書 「3」のとき <input type="checkbox"/> 他保険者指定の用紙があるとき <input type="checkbox"/> 他保険者の出産育児一時金不支給証明の用紙
------	--

(送付先住所)

被保険者(申請者)記入欄
〒

健康保険組合 処理欄	受付		審査	[一次]	[二次]		処理
---------------	----	--	----	------	------	--	----