領収書原本証明依頼書

記号	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日
		(フリガナ)	□昭和 □平成 □令和　年　月　日

対象者情報					
対象者①	氏名	生年月日	性別	続柄	
	(フリガナ)	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女		
	依頼理由				
	□確定申告で使用するため　□その他(具体的に)〔　〕				
	該当年月日	申請した療養費の種類			
	年　月分～　年　月分	□治療用装具　□立替払い　□海外　□埋葬料 □その他〔　〕			
対象者②	氏名	生年月日	性別	続柄	
	(フリガナ)	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	□男 □女		
	依頼理由				
	□確定申告で使用するため　□その他(具体的に)〔　〕				
	該当年月日	申請した療養費の種類			
	年　月分～　年　月分	□治療用装具　□立替払い　□海外　□埋葬料 □その他〔　〕			

上記のとおり原本証明を依頼します。

令和　　年　　月　　日

被保険者(申請者)

住　所　〒　　－

氏　名

連絡先　　(　　)

健保受付印