K0610-V

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 電話 | 電話 |
| **年間給付証明書（医療費のお知らせ）発行申請書** | 事業主健保担当責任者 | 事業主(所)健保担当者 | 所属上長 | 　庶務係 |
|  |  |  |  |
| **＜　　『ＡＱＵＡ』 導入事業所の方のみ対象　　＞** |
| 事業主(所)記欄適用事業所記号 |  |  | 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 被保険者証 | 被保険者氏名 |
| 記号 | 番号 |  |
| 所属 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日： S ・ H　 　　年　　　　月　　　　日 |
| 　　 対象期間 |  **【2023年分】令和5年1月　～　令和5年12月受診** |
| 　　《申請上の留意点》　1. 申請対象者は、『ＡＱＵＡ』導入事業所の方で、『ＡＱＵＡ』を活用・転記することが困難であり、

且つ令和6年5月以降に確定申告（医療費控除）を行う方が対象となります。1. 本申請にて、年間：**令和5年1月 ～ 令和5年12月受診分**を証明いたします。

※対象期間内の被保険者・被扶養者全員が対象で、被保険者・被扶養者ごとの表示になります。　 証明書発行日において、ﾚｾﾌﾟﾄ（医療機関からの健保組合負担分の医療費の請求書）の受理が済んだものが　 対象です。ﾚｾﾌﾟﾄの未着等により表示されない受診分がある場合があります。1. 添付書類

110円分切手を貼付した返信用定形封筒（長形3号ｻｲｽﾞ）に送付先住所と宛名（様）を記入して添付ください。1. 申請書は、勤務先の健康保険業務担当部門（一般的には総務部（課）や管理部（課）など）経由で

東芝健保へ提出してください。1. 発送については、令和6年5月下旬以降順次対応となります。

発行の時期・発行日等のお問い合わせは、ご遠慮ください。 |
| 上記のとおり、申請いたします。　　　　　　　　　　　　　　令和　 　年　 　月　 　日  （〒　　　　-　　　　　　）住所被保険者 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(自宅)電話(職場)東芝健康保険組合　御中　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 健保記載欄 | 備　考　(発行日　:　令和　　　　年　　　　月　　　　日) |

✻ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

K0610-V

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 電話 | 電話 |
| **年間給付証明書（医療費のお知らせ）発行申請書** | 事業主健保担当責任者 | 事業主(所)健保担当者 | 所属上長 | 　庶務係 |
|  |  |  |  |
| **＜　　『ＡＱＵＡ』 導入事業所の方のみ対象　　＞** |
| 事業主(所)記欄適用事業所記号 |  |  | 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 被保険者証 | 被保険者氏名 |
| 記号 | 番号 |  |
| 所属 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日： S ・ H　 　　年　　　　月　　　　日 |
| 　　 対象期間 |  **【2022年分】令和4年1月　～　令和4年12月受診** |
| 　　《申請上の留意点》　1. 申請対象者は、『ＡＱＵＡ』導入事業所の方で、『ＡＱＵＡ』を活用・転記することが困難であり、

且つ令和5年5月以降に確定申告（医療費控除）を行う方が対象となります。1. 本申請にて、年間：**令和4年1月 ～ 令和4年12月受診分**を証明いたします。

※対象期間内の被保険者・被扶養者全員が対象で、被保険者・被扶養者ごとの表示になります。　 証明書発行日において、ﾚｾﾌﾟﾄ（医療機関からの健保組合負担分の医療費の請求書）の受理が済んだものが　 対象です。ﾚｾﾌﾟﾄの未着等により表示されない受診分がある場合があります。1. 添付書類

110円分切手を貼付した返信用定形封筒（長形3号ｻｲｽﾞ）に送付先住所と宛名（様）を記入して添付ください。1. 申請書は、勤務先の健康保険業務担当部門（一般的には総務部（課）や管理部（課）など）経由で

東芝健保へ提出してください。1. 発送については、令和5年5月下旬以降順次対応となります。

発行の時期・発行日等のお問い合わせは、ご遠慮ください。 |
| 上記のとおり、申請いたします。　　　　　　　　　　　　　　令和　 　年　 　月　 　日  （〒　　　　-　　　　　　）住所被保険者 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(自宅)電話(職場)東芝健康保険組合　御中　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 健保記載欄 | 備　考　(発行日　:　令和　　　　年　　　　月　　　　日) |

✻ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

K0610-V

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 電話 | 電話 |
| **年間給付証明書（医療費のお知らせ）発行申請書** | 事業主健保担当責任者 | 事業主(所)健保担当者 | 所属上長 | 　庶務係 |
|  |  |  |  |
| **＜　　『ＡＱＵＡ』 導入事業所の方のみ対象　　＞** |
| 事業主(所)記欄適用事業所記号 |  |  | 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 被保険者証 | 被保険者氏名 |
| 記号 | 番号 |  |
| 所属 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日： S ・ H　 　　年　　　　月　　　　日 |
| 　　 対象期間 |  **【2021年分】令和3年1月　～　令和3年12月受診** |
| 　　《申請上の留意点》　1. 申請対象者は、『ＡＱＵＡ』導入事業所の方で、『ＡＱＵＡ』を活用・転記することが困難であり、

且つ令和4年5月以降に確定申告（医療費控除）を行う方が対象となります。1. 本申請にて、年間：**令和3年1月 ～ 令和3年12月受診分**を証明いたします。

※対象期間内の被保険者・被扶養者全員が対象で、被保険者・被扶養者ごとの表示になります。　 証明書発行日において、ﾚｾﾌﾟﾄ（医療機関からの健保組合負担分の医療費の請求書）の受理が済んだものが　 対象です。ﾚｾﾌﾟﾄの未着等により表示されない受診分がある場合があります。1. 添付書類

110円分切手を貼付した返信用定形封筒（長形3号ｻｲｽﾞ）に送付先住所と宛名（様）を記入して添付ください。1. 申請書は、勤務先の健康保険業務担当部門（一般的には総務部（課）や管理部（課）など）経由で

東芝健保へ提出してください。1. 発送については、令和4年5月下旬以降順次対応となります。

発行の時期・発行日等のお問い合わせは、ご遠慮ください。 |
| 上記のとおり、申請いたします。　　　　　　　　　　　　　　令和　 　年　 　月　 　日  （〒　　　　-　　　　　　）住所被保険者 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(自宅)電話(職場)東芝健康保険組合　御中　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 健保記載欄 | 備　考　(発行日　:　令和　　　　年　　　　月　　　　日) |

✻ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

K0610-V

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 電話 | 電話 |
| **年間給付証明書（医療費のお知らせ）発行申請書** | 事業主健保担当責任者 | 事業主(所)健保担当者 | 所属上長 | 　庶務係 |
|  |  |  |  |
| **＜　　『ＡＱＵＡ』 導入事業所の方のみ対象　　＞** |
| 事業主(所)記欄適用事業所記号 |  |  | 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 被保険者証 | 被保険者氏名 |
| 記号 | 番号 |  |
| 所属 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日： S ・ H　 　　年　　　　月　　　　日 |
| 　　 対象期間 |  **【2020年分】令和2年1月　～　令和2年12月受診** |
| 　　《申請上の留意点》　1. 申請対象者は、『ＡＱＵＡ』導入事業所の方で、『ＡＱＵＡ』を活用・転記することが困難であり、

且つ令和3年5月以降に確定申告（医療費控除）を行う方が対象となります。1. 本申請にて、年間：**令和2年1月 ～ 令和2年12月受診分**を証明いたします。

※対象期間内の被保険者・被扶養者全員が対象で、被保険者・被扶養者ごとの表示になります。　 証明書発行日において、ﾚｾﾌﾟﾄ（医療機関からの健保組合負担分の医療費の請求書）の受理が済んだものが　 対象です。ﾚｾﾌﾟﾄの未着等により表示されない受診分がある場合があります。1. 添付書類

110円分切手を貼付した返信用定形封筒（長形3号ｻｲｽﾞ）に送付先住所と宛名（様）を記入して添付ください。1. 申請書は、勤務先の健康保険業務担当部門（一般的には総務部（課）や管理部（課）など）経由で

東芝健保へ提出してください。1. 発送については、令和3年5月下旬以降順次対応となります。

発行の時期・発行日等のお問い合わせは、ご遠慮ください。 |
| 上記のとおり、申請いたします。　　　　　　　　　　　　　　令和　 　年　 　月　 　日  （〒　　　　-　　　　　　）住所被保険者 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(自宅)電話(職場)東芝健康保険組合　御中　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 健保記載欄 | 備　考　(発行日　:　令和　　　　年　　　　月　　　　日) |

✻ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。