

電話		電話	
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

年間給付証明書(医療費のお知らせ)発行申請書

< 『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	グループ長	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												

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。
- 2. 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、レプト(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。レプ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。
- 3. 添付書類
110 円分切手を貼付した返信用定形封筒(長形 3 号サイズ)に送付先住所と宛名(様)を記入して添付ください。
- 4. 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。
- 5. 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。

電話		電話	
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

年間給付証明書(医療費のお知らせ)発行申請書

＜ 『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	グループ長	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》

- 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。
- 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、レプト(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。レプ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。
- 添付書類
110 円分切手を貼付した返信用定形封筒(長形 3 号サイズ)に送付先住所と宛名(様)を記入して添付ください。
- 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。
- 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。

電話		電話	
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

年間給付証明書(医療費のお知らせ)発行申請書

＜ 『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	グループ長	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》

- 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。
- 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、レプト(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。レプ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。
- 添付書類
110 円分切手を貼付した返信用定形封筒(長形 3 号サイズ)に送付先住所と宛名(様)を記入して添付ください。
- 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。
- 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。

電話		電話	
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

年間給付証明書(医療費のお知らせ)発行申請書

＜ 『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	グループ長	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》

- 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。
- 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、レプト(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。レプ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。
- 添付書類
110 円分切手を貼付した返信用定形封筒(長形 3 号サイズ)に送付先住所と宛名(様)を記入して添付ください。
- 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。
- 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。