

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							
			健保担当の方が 記入願います				
常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者			

会社名	東芝〇〇(株)	被保険者証										被保険者氏名	
		記号			番号							東芝 太郎	
所属	〇〇部〇〇課	1	0	0	1	2	3	4	5	6	7		

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 XX年 XX月 XX日

(〒 999 - 9999)

住所 東京都八王子市山川町〇丁目〇番地〇号

被保険者 氏名 東芝 太郎

電話(自宅) 0426-999-XXXX

電話(職場) 03-9999-XXXX

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)