

ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主任	担当
資格取得日		平成 令和	年 月 日	
資格喪失日		平成 令和	年 月 日	
扶養認定日		平成 令和	年 月 日	

ルネサス健康保険組合 業務係 御中

給付証明書発行願

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

基本情報 ※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号(右詰め)										被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成
記号													
社名(任継・特退の場合は記入不要)										従業員番号	日中の連絡先 電話番号		

申請内容

証明書の受領方法 (どちらか選択)	1. 下記住所へ書留送付 2. ルネサス健保(武蔵)にて受領(以下の送付先は記載不要)		
証明書の送付先 (原則として自宅住所)	〒 —		
区分(選択ください)	給付月	診療月(医療機関に受診した月)	
証明対象期間	平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日		
希望項目(選択ください)	1.全項目 2.項目限定【 】		
本証明書の使用目的 (確定申告の理由は不可)	提出先:	目的:	
発行希望日	令和 年 月 日 まで		
証明対象者	・被保険者のみ ・全員 ・証明対象者限定		
証明対象者限定の場合	対象者氏名		続柄

<注意事項>

- 診療月で証明希望の場合は、診療月の3ヶ月後の証明となります。(例:12月診療の場合は翌年3月以降となります。)
- 依頼日と発行希望日が近い場合は、発行が希望日より遅れる場合がありますので、予めご了承願います。
- 医療費控除の確定申告をする為の証明書は発行していません。(医療機関の領収書原本がないと申告出来ない為)

<書類の送付先>

ルネサス健康保険組合 郵送:[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

社内便:[(む)ルネサス/ #H1S2/健保]

ルネサス健保で受領の場合

受領年月日 : 令和 年 月 日

受領者サイン :

健保証明書発行

--

健保受付日付印

--