

記入例

様式：医第26号]

診療報酬明細書
健康保険組合 給付 等 証明書 交付 申請書
付加給付制度

① 被保険者証記号番号	② ※ 被保険者（申請者）氏名			
1 0 0 0 9 9 9 9 9 9 9	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 屋間連絡先 TEL (03) 9999 - 9999			
③ 証明を受ける者の氏名 (生 年 月 日)	(フリガナ) ケンボ ダイスケ 健保 大輔 (TS 20年10月 1日生)	④ 受 診 年 月	平成 24年 4月 受診	
			平成 年 月 受診	
			平成 年 月 受診	
			平成 年 月 受診	
			平成 年 月 受診	
証明を受ける者の氏名 (生 年 月 日)	(フリガナ)	受 診 年 月	平成 年 月 受診	
			平成 年 月 受診	
			平成 年 月 受診	
			平成 年 月 受診	
			平成 年 月 受診	
⑤ 申請理由	1. 返還した医療費分を新しい保険者へ請求するため。 ② 市町村における医療費助成金請求に必要なため。 3. NTT健康保険組合以外の保険者へ出産育児一時金等の請求をするため。 4. 他の機関へNTT健康保険組合の付加給付制度証明を提出するため。 5. その他 (入金証明書)			
⑥ 市町村医療費請求時における請求の種類 (申請理由2の時)	①：医療費 2：治療用装具 3：鍼灸	出産育児一時金の不支給証明の時 (申請理由3の時)	他保険者の用紙の指定がありますか	⑦ 1. いいえ 2. はい
			出産年月日	⑧ 平成 年 月 日

※ 被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自筆した場合および電子申請の場合は不要です。

添付資料	申請理由が 「2」のとき <input type="checkbox"/> 市町村へ提出する給付証明書 <input type="checkbox"/> 市町村へ提出する付加金給付制度証明書 「3」のとき <他保険者の用紙指定があるとき> <input type="checkbox"/> 他保険者の出産育児一時金不支給証明の用紙
------	---

(送付先住所)

被保険者 (申請者) 記入欄	〒100-0000 東京都〇〇区●●1-1-1 〇〇〇パレス●● 707号 健保 太郎
----------------------	--