

療養給付費証明願

山口県市町村職員共済組合 御中

平成 年 月 日

記号・番号

氏名



1. 使用目的

2. 医療費給付金証明期間（診療月か処理月のどちらかに○をつける）

平成 年 月 ～ 平成 年 月
（診療月・処理月） （診療月・処理月）

3. 証明内容

共済組合が発行する証明は、税申告において、医療費控除を受ける際に「支払った医療費を補填する金額」の資料としてのみ利用できる、山口税務署より回答いただいています。

このため、通常は給付金の対象となった診療のみを記載した医療費通知書を発行（ただし、給付が無い場合は医療費通知書が作成できないため「療養給付費証明書」を発行）しておりますが、給付金の対象にはならない診療も併せて記載を希望される場合には、下記の項目にレ印をつけてください。

上記2の期間における、全診療の記載を希望します。

4. 日中の連絡先

注1. 組合員及び被扶養者の証明になります。

注2. 証明書は、共済組合に登録されている住所に送付します。

登録の住所を変更されたい方は、『氏名等変更申告書』を提出してください。

注3. 記入例を参考に記入してください。

注4. 12月診療月までの証明を希望された場合、診療報酬明細書等の事務処理の都合上証明書の発行が3月上旬以降になります。