

療養給付費証明願

山口県市町村職員共済組合 御中

年 月 日

記号・番号

氏名

㊞

1. 使用目的

2. 証明対象期間（診療月か処理月のどちらかに○をつけてください。）

年 月 ～ 年 月

（ 診療月 ・ 処理月 ）

※ 診療月…該当者が診療を受けた月

処理月…共済組合がその診療月に係る医療費等を処理した月。基本的に、診療月の翌々月となります。

3. 発行書類

療養給付費を証明する書類として、療養給付費の有無に関わらず全診療を記載した医療費通知書を発行します。

確定申告に使用される場合は、「確定申告用医療費通知書」を発行します。

確定申告以外に使用される場合は、「医療費通知書」を発行します。

※「確定申告用医療費通知書」には、「医療費通知書」には無い以下の特徴があります。

- ・「確定申告用自己負担額」が表示される欄があります。
- ・山口県外の医療機関もその名称が記載されます。（「医療費通知書」では、山口県外医療機関を受診された場合、医療機関名に「山口県外医療機関」と表示されます。）
- ・医療機関名称が最大40文字まで記載されます。（「医療費通知書」では、最大11文字。）

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・住所・給付金等振込口座 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。