

常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者

## 給付関係証明申請書

被保険者等 記号・番号	—	事業所 名称		所属	
治療を受けた 方の氏名		続柄		生年月日	昭平 年 月 日生
医療機関名		医療費支払額			円
受診年月日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 —

被保険者住所

被保険者氏名

生年月日 昭・平 年 月 日

東武鉄道健康保険組合 理事長殿

健保受付印

- (注1) 領収書の写しを添えて申請してください。  
(注2) 期間が複数月となる場合は、別々に申請してください。