

### 領収書原本証明依頼書

令和 年 月 日提出

保 険 証 記号・番号	—			
被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
被 保 険 者 住 所	〒 —			
対 象 者	氏名	続柄	生年月日	
			昭・平・令 年 月 日	

1	診療年月	令和 年 月分
	申請時の書類	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 立替払い <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 埋葬料 <input type="checkbox"/> その他( )
2	診療年月	令和 年 月分
	申請時の書類	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 立替払い <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 埋葬料 <input type="checkbox"/> その他( )

依 頼 理 由 (該当するものに○をしてください)	1. 確定申告で使用するため 2. その他 (具体的に) ( )
------------------------------	-------------------------------------

送 付 希 望 先	上記被保険者住所に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

※「原本証明依頼書」は領収書添付の請求書・申請書に合わせてご提出ください。

受付日付印
-------